

Det svake ledd?

Bekkenløsning i et kulturhistorisk perspektiv

Hedda Eik Grape



Mastergradsoppgave i helsefagvitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for helsefag
Det medisinske fakultetet

Universitetet i Oslo

Oktober 2009

FORORD

Denne masteroppgaven har vært en spennende og ikke minst en kunnskapsutviklende prosess. Ved oppgavens slutt er det mange som fortjener en takk.

Den største takken vil jeg rette til Kari Nyheim Solbrække som har veiledet meg gjennom oppgaven. Jeg er uendelig takknemlig for all den faglige og sosiale kompetansen du har viet meg gjennom hele prosessen. Ikke minst har du vist vei inn i et nytt og spennende, teoretisk landskap.

Videre vil jeg takke kvinnene som delte sine erfaringer med meg. De er utgangspunktet for denne oppgaven.

”Kjønnsgruppa” har hatt stor betydning både faglig og sosialt. Spesielt vil jeg takke Tone Dahl-Michelsen som i siste fase har lest oppgaven og kommet med viktige innspill.

Takk til Live Korsvold som gjennom hele masterstudiet har vist interesse for prosjektet og ikke minst bidratt med konstruktive tilbakemeldinger. Takk til Hilde Sylliaas for effektive, men sosiale, skrivehelger på fjellet.

Takk til Nanna Paaske og Ida Ustvedt for språkvask, til Yngve Røe for teknisk bistand og til Ellen Eik for hjelp med engelsk oversettelse av sammendraget.

Jeg vil også takke kollegaene mine på Føyka Fysioterapi, Kirstie Holmedal og Samuel Blankson, som har bidratt til en fleksibel arbeidsplass og ikke minst tatt ansvar for daglig drift på instituttet. Takk også til kollegaer ved HiO for faglig interesse og deilig kontor.

En stor takk går til mor for inspirasjon og støtte som går langt utover denne oppgaven.

Den aller største takken går likevel til min lille familie. Einar - du er min aller beste venn! Takk for all tålmodighet, tid og støtte. Og til Anna - nå er mamma ferdig med den stooore lekse si!

Hedda Eik Grape, oktober 2009.

SAMMENDRAG

Oppgaven belyser kvinners erfaringer rundt det å få, og det å ha diagnosen bekkenløsning sett i lys av dominerende diskurser knyttet til kjønn, kropp og sykdom. Undersøkelsen er forankret i en kvalitativ metodetradisjon, og forskningsmaterialet består av dybdeintervjuer av seks kvinner med diagnosen bekkenløsning.

Teoretiske perspektiver og begreper er dannet på grunnlag av prosess og metode. Første og fremst vises det hvordan bekkenløsning hovedsakelig er blitt tolket og forstått i et biomedisinsk sykdomsparadigme. Videre rettes søkelyset mot noen historiske og kulturelle sider rundt kvinner, graviditet og sykdom. Kjernen her er å få frem aspekter ved hvordan kvinner, graviditet og sykkelighet har blitt håndtert og forstått sett i lys av medisinen og vitenskapens utvikling. Dette forfølges med noen sentrale begreper hos Simone de Beauvoir og Judith Butler og deres feministiske teorier om kjønn og kropp. Sist utdypes begrepene normalitet, risiko og skam som kaster lys over noen aspekter ved å være gravid i det moderne.

Analysen fremstilles i tre kapitler: *"Bekkenløsning- fra smerter i graviditeten til en diagnose"*, *"Forestillinger om bekkenløsningskvinnen"* og *"Kvinner med bekkenløsning i et likestilt familieliv og i møtet med et moderne arbeidsliv"*. Resultatene viser at kvinnene opplever stor usikkerhet rundt bekkenplagene, og at deres forståelse av seg selv som syk veves sammen med en biomedisinsk forståelse hva 'sykdom er' og hvordan 'sykdom gjøres'. For det andre viser funnene hvordan bekkenløsning henger sammen med hvordan graviditet og kropp blir gjort til et domene for både valg av livsstil og som prosjekt. Det kommer tydelig frem hvordan gravide kvinner på ingen måte slipper unna dominerende kroppsdiskurser i det moderne. Sist viser funnene hvordan kvinnene med bekkenløsning i et moderne arbeidsliv både stritter imot stempelet som svak og syk, og i det lengste strever med å fremstå som en normal og fullverdig arbeidstaker.

Oppgaven ønsker samlet sett å fremheve hvordan bekkenløsning ikke bare kan ses som en isolert hendelse i kvinnens kropp, men også som en del av det å være kvinne i det moderne.

SUMMARY

The thesis throws light on women's experiences as to being diagnosed pelvic girdle pain and having the diagnosis on the basis of dominating discourses linked with gender, body and disease. The survey is anchored in a qualitative tradition of methodology, and the research material consists of in-depth interviews of six women diagnosed pelvic girdle pain.

Theoretical perspectives and terms are formed based on process and methodology. First and foremost it is illustrated how pelvic girdle pain mainly has been interpreted and understood in a biomedical disease paradigm. Furthermore focus is on some historical and cultural aspects around women, pregnancy and diseases.

The main focus is to show aspects of how women, pregnancy and sickness have been handled and interpreted in the light of the medicine and the scientific development. This is followed by some key terms by Simone de Beauvoir and Judith Butler and their feministic theories of sex and body. At the end the terms; normality, risk and shame are elaborated in order to shed light on some aspects of being pregnant in modern working life.

The analysis is divided into three chapters: *“Pelvic girdle pain – from pain during pregnancy to a diagnosis”*, *“Conceptions of the pelvic girdle pain woman”* and *“Women diagnosed pelvic girdle pain in an equal family life and when confronted with modern working life”*.

The results show that women are very uncertain around the pelvic girdle pain and that their understanding of themselves as ill is weaved together with a biomedical understanding of what 'illness is' and how 'illness is performed'.

The findings show how pelvic girdle pain is connected with how pregnancy and body is made a domain for both choice of lifestyle and as a project. It is very evident how pregnant women do not in any way manage to get away from dominating body discourses in modern working life. Finally the findings show how women diagnosed pelvic girdle pain both struggle against the image of being weak and ill and to the bitter end strive to appear as a normal and satisfactory employee.

The intention of the thesis as a whole is to emphasize how pelvic girdle pain not only is to be regarded as an isolated phenomenon in a female body, but as part of being a woman in modern working life.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1 KVINNERS HELSE I NORGE –SVANGERSKAP OG BEKKENLØSNING	1
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
1.3 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING.....	5
2. ETIKK OG METODE	7
2.1 VEIEN INN - MIN FORFORSTÅELSE	8
2.2 VALG AV METODE.....	9
2.3 TILGANG TIL FELTET	10
2.4 PRESENTASJON AV INFORMANTENE.....	13
2.5 GJENNOMFØRING.....	14
2.6 TRANSKRIBERING.....	18
2.7 SYSTEMATISERING AV MATERIALET	21
2.8 DISKURSANALYSE – VEIEN INN I ANALYSEN.....	22
2.9 DISKURSANALYSE OG TVERRFAGLIGHET	24
2.10 DISKURSANALYSE OG ETIKK	26
3. KONTEKSTUALISERING OG TEORETISKE BEGREPER.....	29
3.1 BEKKENLØSNING – BIOMEDISINSK FORSKNING PÅ FELTET.....	29
3.1.1 <i>Den friske og den syke bekkenløsningen.....</i>	<i>30</i>
3.1.2 <i>Bekkenløsning – kvinnens ubestemte helseplage</i>	<i>31</i>
3.1.3 <i>Forskning på feltet</i>	<i>32</i>
3.2 BEKKENLØSNING – I ET KULTURHISTORISK PERSPEKTIV	34
3.3 FEMINISTISKE TEORIER OM KROPP OG KJØNN	37
3.3.1 <i>Simone de Beauvoir – kroppen er en situasjon</i>	<i>37</i>
3.3.2 <i>Judith Butler –å gjøre kjønn</i>	<i>37</i>
3.3.3 <i>De Beauvoir og Butler –kritikk og relevans</i>	<i>38</i>
3.4 GRAVIDITET SOM MODERNE LIVVSTILSPROSJEKT	40
3.4.1 <i>Risiko</i>	<i>42</i>
3.4.2 <i>Skam.....</i>	<i>43</i>
3.4.3 <i>Normalitet.....</i>	<i>44</i>
4. BEKKENLØSNING –FRA SMERTER I GRAVIDITETEN TIL DIAGNOSEN BEKKENLØSNING	46
4.1 HVA KAN DET VÆRE?	46
4.2 BEKKENLØSNING –RUSK I MASKINERIE?	49
4.3 KAMPEN OM TRO(VERDIGHET)	52
4.4 DIAGNOSEN BEKKENLØSNING – MELLOM MAKT OG AVMAKT	56

5.	FORESTILLINGER OM “BEKKENLØSNINGSKVINNEN”	60
5.1	BEKKENLØSNING – FOR DE TYKKE OG DE LATE?	60
5.2	Å FÅ KROPPEN TILBAKE	63
5.3	’JEG ER IKKE DEN TYPEN SOM KLAGER OVER ALT’	65
5.4	BEKKENLØSNING – BANAL LIDELESE ELLER BLODIG ALVOR?	67
6.	KVINNER MED BEKKENLØSNING I ET LIKESTILT FAMILIELIV OG I MØTET MED ET MODERNE ARBEIDSLIV.	69
6.1	FAMILIEPROSJEKTETS SVAKE LEDD ?	70
6.2	GRAVID PÅ JOBB. ALT SOM FØR? ELLER ROM FOR TILPASNING?	73
6.3	Å HA BEKKENLØSNING I EN MODERNE ARBEIDSLIVSKONTEKST –STREVET FOR NORMALITET.	76
6.4	INDERLIG ARBEIDSLYST	79
7.	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	82

KILDELISTE

VEDLEGG

1. Svar fra Regional Komité for medisinsk forskningsetikk
2. Svar fra Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste
3. Informasjonsskriv

1. Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse noen sider ved kvinners erfaringer rundt det å få, og det å ha diagnosen bekkenløsning. Først og fremst ønsker jeg å se på hvordan kvinnene former forståelse av seg selv som gravid med bekkenløsning, i lys av dominerende diskurser knyttet til kjønn og sykdom.

Kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenplager er en pasientgruppe jeg som fysioterapeut har møtt gjennom flere år. I møtet med disse kvinnene er jeg ofte blitt slått av hvor inngripende plagene kan være i den enkeltes liv. Jeg oppfatter at kvinnenes historier handler om så mye mer enn såkalte smerter fra muskler og ledd, og at dette dypest sett berører det å være kvinne i dag. Dette er utgangspunktet for denne oppgaven, som vil rette søkelyset mot at sykdom ikke bare kan forstås som biologiske hendelser i kroppen, men også kan ses i lys av kvinnens historiske og kulturelle livskontekst. Jeg ønsker med andre ord å få frem bekkenløsningens kulturbundne karakter. Dette gir et springbrett til ikke bare å studere bekkenløsning, som et isolert fenomen, men også til en økt forståelse det å være kvinne i det moderne.

1.1 Kvinners helse i Norge –svangerskap og bekkenløsning

I 1999 tok Norges offentlige utredninger for seg ”Kvinners helse i Norge” (NOU, 1999:13). I denne rapporten blir svangerskapsomsorgen definert som; ”*et rutinemessig tilbud om helsekontroll av alle gravide, både de som er helt friske, og de som opplever problemer. Hensikten er å oppdage sykdomstilstander som ennå ikke gir symptomer, eller tilstander som kan komplisere fødselen og øke risikoen for mor og barn*”(ibid s, 117).

I starten av forrige århundre ble det etablert en kollektiv omsorg for mødre og barn i privat regi. Dette var starten på svangerskapsomsorgen som etter hvert utviklet seg til

å bli et offentlig ansvar (Pedersen 2003). Dagens svangerskapsomsorg drives av helsevesenet, hovedsakelig av leger og jordmødre i fellesskap. Begrunnelsen for at svangerskapsomsorgen har fokus på å redusere risiko for alvorlig komplikasjoner (død mor, dødt barn), må ses i lys av hvordan svangerskap og fødsel har utgjort en stor risiko for kvinner og barn opp gjennom tidene. Tall fra Statistisk Sentral Byrå (SSB) viser at mødredødelighet i likhet med spedbarnsdødelighet har sunket betydelig i løpet av siste århundre. Redusert spedbarnsdødelighet er en av de viktigste indikatorene på økt velferdsnivå i samfunnet (Pedersen, 2003). I dette ligger det økt levestandard og en stadig medisinsk utvikling (ibid). Spørsmål knyttet til gravide kvinners helse er imidlertid ikke borte. For selv om risikoen for død er blitt betydelig redusert, ser man at den gravide kvinne i dag søker helsehjelp for andre svangerskapsrelaterte plager. Blant disse ser man en klar økning i antall kvinner som søker og får hjelp for svangerskapsrelaterte bekkenplager. Studier viser at bekkenløsning rammer ca. 50% av alle gravide kvinner i Norge, hvorav 20 % trenger hjelp i form av behandling (Stuge, 2005). Bekkenløsning handler i stor grad om smerter og funksjonssvikt og medfører hovedsakelig problemer med å gå, løfte bære, snu seg eller endre stilling (Fredriksen, 2001).

Går vi tilbake til NOU (1999:13), blir bekkenløsning definert som; *"Smerter i bekkenregionen knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid. Hormoner i svangerskapet gir økt strekkbarhet av muskulatur, bånd og sener i bekkenet. Dette fører til økt bevegelighet i bekkenleddene. Hvorfor noen utvikler smerter er ukjent. Det er ingen ensartet diagnostikk av lidelsen"*(s.140). Rapporten angir med andre ord ingen klare årsaker til hvorfor noen utvikler bekkenløsning, men fokuserer på at: *biomekanisk belastning, som stor forandring av kroppsholdning og lite hensiktsmessig bruk av kroppen er kliniske observerte risikofaktorer (ibid, s.140).* Videre slås det ifølge rapporten fast at *"det er nærliggende å sette en tilsynelatende økning i utvikling av alvorlig bekkenløsning i sammenheng med moderne kvinners mangel på muligheter til å ta det med ro i svangerskapet (ibid)."*

Når det I NOU hevdes at dagens moderne kvinner mangler rom til å ta det med ro i svangerskapet, åpner rapporten etter mitt syn for sosiale og kulturelle aspekter ved det å være gravid. Her tenker jeg blant annet på kvinners deltakelse i arbeidslivet. Forskning viser at norske kvinners yrkesdeltagelse er blant de høyeste i verden og at flesteparten er kontinuerlig yrkesaktive (Ellingsæter & Solheim, 2002). Dette vitner om at det å være yrkesaktiv er en sentral del av norske kvinners identitet. Dagens norske kvinner vil derfor i en periode av livet befinne seg i en situasjon som gravid og yrkesaktiv. Som allerede NOU - rapporten fra 1999 peker på, er det tegn som tyder på at dette kan gi særegne, helsemessige utfordringer for den enkelte kvinne. I en fersk rapport fra NAV: *Arbeid og velferd* (Myklebø, 2007) forsterkes denne problematikken. Blant annet kommer det fram at sykefraværet blant kvinner generelt er synkende, med unntak av gravide kvinner. Her har sykefraværet økt, og 22,4 % blir sykemeldt under graviditeten (ibid). Av alle sykemeldinger under graviditet har 33 % sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, og rapporten konkluderer det med at smerter i bekkenregionen rammer omtrent hver femte gravide kvinne (ibid). Denne tendensen, som i utgangspunktet kan synes aktuell for den enkelte kvinne, kan derfor også kaste lys over viktige, samfunnsmessige utfordringer vi står ovenfor når det gjelder forholdet mellom arbeid og svangerskapsomsorg.

1.2 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i denne innrammingen, erfaringer jeg har gjort i egen praksis som fysioterapeut, samt teoretiske tilnærminger som jeg kommer tilbake til senere, er min interesse rettet mot de gravidens egne erfaringer. Prosessen med denne oppgaven har gjort meg spesielt opptatt av hvordan noen kulturelle strømninger i samfunnet generelt, og i helsevesenet spesielt, får betydning for hvordan kvinner skaper meningssammenhenger knyttet til sin situasjon som gravid med bekkenløsning. Denne nysgjerrigheten forfølger jeg ved å søke svar på følgende problemstillinger;

Hvilke erfaringer har etnisk norske middelklassekvinner med å få diagnosen og å leve med bekkenløsning?

Hvordan gyldiggjøres disse erfaringene i relasjon til dominerende diskurser om sykdom, kropp og kjønn?

Hvordan kan disse funnene kaste lys over hvordan kvinnelighet og helse er vevd sammen i det moderne?

For å belyse disse problemstillingene har jeg gjennomført kvalitative forskningsintervjuer av seks kvinner som alle har fått diagnosen bekkenløsning i forbindelse med svangerskapet. Fokuset har hovedsakelig vært å få tak i deres opplevelser rundt det å få bekkensmerter i forbindelse med graviditeten, og *hvordan* det å få diagnosen bekkenløsning er opplevd, forstått og håndtert av den enkelte.

I analysen av materialet er det særlig noen funn som har vært framtrædende. For det første handler materialet i stor grad om hvordan den gravide kroppen skal tolkes og forstås. Kvinnenes historier er preget av stor usikkerhet om hvordan kroppens symptomer skal tillegges mening. Dette kommer til uttrykk både gjennom måten kvinnene snakker om kroppen på, og hvordan de opplever seg selv i møte med helsevesenet og samfunnet ellers. Særlig munner denne usikkerheten ut i hva de skal forstå som *normale* svangerskapsplager, og når plagene skal forstås som *unormale*. For det andre vil jeg hevde at kvinnenes historier om bekkenløsning er tydelig preget av bestemte forestillinger om det å leve et fullverdig liv som en moderne, selvstendig kvinne. I dette ser jeg klare elementer i hvordan graviditet og kropp blir gjort til et domene for både valg av livsstil og som prosjekt. Her sporer jeg en form for opplevelse av *risiko*, både i hvordan hun skal være i konstant beredskap for å tolke kroppens symptomer, men også hvordan valg av ”riktig” livsstil for henne selv og barnet hun bærer kontinuerlig må vurderes og revurderes. Et annet sentralt funn er opplevelsen av *skyld* og *skam*, hvor nettopp valg av livsstil trekkes inn i kvinnenes smertefortelling. I skammen fant jeg også en form for fremmedgjøring, dels i form av at de ikke hadde sett for seg at bekkenløsning kunne ramme dem, men også i måtene de distanserte seg fra andre kvinner med samme plager. Aller mest ble jeg slått av hvilke utfordringer bekkenplager representerer i møtet med arbeidslivet. Materialet viser hvordan kvinnene både strever og streber etter å fremstå som en fullverdig

arbeidstaker som ikke er sykelig, samtidig som plagene i stadig større grad hindrer dem i å gjøre jobben som før. Dette både trenger og jobber de for å få aksept for. Samlet sett gir materiale et inntrykk av hvordan informantenes bekkenplager kan gi dem en opplevelse av å være *det svake ledd* slik tittelen på oppgaven indikerer.

1.3 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven har syv kapitler. I dette innledende kapittelet har hensikten vært å presentere oppgavens tema og problemstillinger. I det neste, **kapittel to**, vil jeg vise hvordan jeg metodisk har valgt å gå frem i denne forskningsstudien. Helt konkret handler dette om hvordan tema og metode er knyttet sammen. Jeg beskriver også hvordan etiske og metodiske overveielser ligger til grunn for de valg jeg har foretatt gjennom denne oppgaven. Videre viser jeg hvordan metode som prosess har ført meg frem til noen teoretiske perspektiver og begreper. Dette har dannet grunnlag for funnene og mine måter å forstå dem på og drøfte dem. Disse perspektivene og begrepene vil bli presentert i **kapittel tre**. Her viser jeg først og fremst hvordan bekkenløsning hovedsakelig er blitt tolket og forstått innenfor et biomedisinsk sykdomsparadigme. Videre retter jeg søkelyset mot noen historiske og kulturelle sider rundt kvinner, graviditet og sykdom. Kjernen her er å få frem aspekter ved hvordan kvinner, graviditet og sykkelighet er blitt håndtert og forstått, sett i lys av medisins og vitenskapens utvikling. Dette leder meg inn på noen sentrale begreper hos Simone de Beauvoir og Judith Butler og deres feministiske teorier om kjønn og kropp. Sist i det kapittelet tar jeg for meg noen aspekter ved det å være gravid i det moderne. Her utdyper jeg særlig begrepene normalitet, risiko og skam. I analysen, i kapitlene fire, fem og seks, vil jeg utdype og presentere funnene i studien. Funnene vil bli presentert tematisk. **Kapittel fire** har jeg valgt å kalle ”*Gravid – fra smerter i graviditeten til diagnosen bekkenløsning*”. Her presenteres det hvordan informantene opplever graviditeten og bekkenplagene, og hvordan disse gjenspeiles i generelle oppfatninger innenfor helsevesenet og i samfunnet generelt. I **kapittel fem**, ”*Forestillinger om bekkenløsningskvinnen*”, presenteres noen forestillinger rundt kvinner med

bekkenløsning. I dette ligger det hvordan informantene opplever å bli møtt, men også hvordan de opplever at andre oppfatter dem. Her løftes særlig frem hvordan dagens diskurser om kropp og helse har innvirkning på kvinnenens oppfattelse av sin egen graviditet og bekkenløsning. Sist, i **kapittel seks**” *Kvinner med bekkenløsning i et likestilt familieliv og i møtet med et moderne arbeidsliv*” analyseres hvordan informantene opplever og forholder seg til et moderne arbeidsliv som gravid med bekkenplager. Her drøftes også hvordan informantene opplever at bekkenplagene griper inn og påvirker dem som kvinner i et moderne, likestilt parforhold. Avsluttende refleksjoner vil bli oppsummert i **kapittel syv**.

2. Etikk og metode

Metode er en prosess som både kan ses på som en fremoverrettet forskningsplan som skal følges, og en tilbakeskuende forskerbiografi som berettes (Haavind, 2000, s.23).

Å få frem prosessen i arbeidet slik Haavind skisserer det ovenfor, er målet med dette kapittelet. Jeg vil gjøre rede for viktige sider ved min egen undersøkelse av kvinner med bekkenløsning. Dette innebærer å tydeliggjøre metoden jeg har fulgt, samtidig som jeg vil vise hvordan det faktisk gikk og hvilke erfaringer jeg gjorde meg underveis. Underveis i denne prosessen fant jeg det naturlig å velge et interaksjonistisk forskerperspektiv. Dette er et fellesbegrep for kvalitative metoder som intervju og observasjon innen sosiologien og tilgrensede fag (Mik-Meyer og Järvinen 2005) Et interaksjonistisk perspektiv vil gi tilgang til det empiriske materiale og undersøke meningsproduksjonen som blir skapt gjennom den sosiale verden. I et slikt perspektiv vil analyseobjektet, som her er mine intervjuede informanter, bli forstått som et flytende og ustabilt fenomen. Kunnskap produseres gjennom prosessen som foregår mellom meg og mine informanter. Jeg ser altså på interaksjonen mellom den intervjuede og intervjuer, hvor jeg ser på meg som en medprodusent av viten (ibid).

Først vil jeg vise veien *inn* i prosjektet. Her bringer jeg inn min egen forforståelse av bekkenløsning som et viktig aspekt ved forskerrollen. Videre knytter jeg forskningstema og metode sammen. Gjennomføringen av datainnsamlingen vil bli skissert. Her vil jeg særlig redegjøre for og reflektere over de utfordringer jeg har møtt underveis, og hvilke konsekvenser det har hatt for meg i forskningsprosessen. Til sist viser jeg veien inn i analysen og hvordan den har sprunget ut av de foregående prosessene.

2.1 Veien inn - min forforståelse

I min praksis som fysioterapeut har jeg gjennom flere år møtt kvinner som har søkt hjelp for sine svangerskapsrelaterte bekkenplager. I møtet med disse pasientene har jeg opplevd både glede og spenning over det fremtidige moderskapet. Samtidig har jeg opplevd dem som usikre på hvordan de skal håndtere et smertefullt bekken. Slik jeg har oppfattet dem, har denne usikkerheten hovedsakelig dreid seg om hvordan de skulle plassere plagene i forhold til såkalte vanlige svangerskapsplager. Skulle plagene forstås som en sykdom, eller var dette plager som man bare måtte forvente i et svangerskap? Videre oppfattet jeg ofte at kvinnene uttrykte en følelse av både nederlag og skam over at bekkenplagene hadde ”rammet” akkurat dem. Noen syntes å sitte med en følelse av at de ikke orket like mye eller hadde samme ”stå - på” vilje som andre gravide. Mange av kvinnene ga uttrykk for skyldfølelse over at den store graviditetslykken uteble. Denne skyldfølelsen hadde de både overfor det ufødte barnet og overfor resten av omgivelsene, hvor de opplevde en forventning om at de skulle være ”i lykkelige omstendigheter”.

For meg var kvinner med bekkenløsning både en spennende og positiv pasientgruppe å jobbe med. Det var spennende å skulle hjelpe unge, friske kvinne som plutselig, på grunn av sin graviditet, fikk smerter og store utfordringer i hverdagen. Jeg syntes også det var en positiv pasientgruppe å jobbe med. Et nyfødt barn eller en fremtidig fødsel skapte en lystbetont ramme rundt det hele. Ikke minst var dette en pasientgruppe med gode prognoser. Mitt bestemte inntrykk er at de aller fleste i denne pasientgruppen blir bedre en tid etter at de har de født. Men jeg opplevde dem også som en utfordrende pasientgruppe. Jeg møtte ”ressurssterke” kvinner som, samtidig som de viste stor takknemlighet over å bli tatt hånd om av helsevesenet, var opptatt av behandlingens kvalitet og effektivitet. Spørsmålet som reiste seg gjennom disse møtene var hvordan jeg som fysioterapeut kunne møte disse kvinnene på en best mulig måte? Hva kunne jeg gjøre for å bedre deres hverdag? Interessen og engasjementet for denne pasientgruppen resulterte i at jeg deltok i flere kurs om

bekkenløsningsproblematikk, samt deltagelse i Norsk Fysioterapeutforbunds Faggruppe For Kvinnehelse.

Stuges doktoravhandling ”Physical therapy for pregnancy-related pelvic girdle pain. Underlying principles and effect of treatment.”(Stuge, 2005) fikk stor oppmerksomhet i fagmiljøet da den utkom. Kort fortalt er avhandlingen basert på en kvantitativ forskningsstudie med utgangspunkt i en klinisk, randomisert, blindet studie. Denne studien viser at trening med spesifikke stabiliserende øvelser for kvinner med subakutte bekkenplager, gir positiv effekt i forhold til smerte og funksjon. For meg, som utøvende fysioterapeut, var denne studien kjærkommen. Behandlingsopplegget som ble presentert i den, oppfattet jeg som et nyttig og konkret redskap i min kliniske hverdag. I møtet med mine ”kompetente” pasienter, opplevde jeg som fysioterapeut at det var betryggende å ha en ny studie som kunne vise til en intervensjon med gode forskningsresultater og faglig forankring i fysioterapimiljøet.

Over tid ble jeg likevel slått av hvor inngripende bekkenplagene var i kvinnenens liv, og hvordan plagene påvirket dem på deres mange ulike arenaer i livet. Interessen for pasientens egne opplevelser og erfaringer og særlig det å leve med et smertefullt bekken i en ellers kompleks og moderne hverdagsvirkelighet bare vokste.

2.2 Valg av metode

Da jeg gikk i gang med dette prosjektet var det, i tråd med det jeg tidligere har vist, flere faktorer som pekte i retning av en kvalitativ forskningsdesign. Haavind skiller kvalitativ og kvantitativ metode ved at ” *valget av den kvalitative tilnærmingen er begrunnet med opplevelsesfenomenenes meningsinnhold snarere for deres utbredelse og styrke*” (Haavind 2001,s.16). Studier om bekkenløsning har hovedsakelig blitt utført fra et biomedisinsk ståsted, hvor fokuset primært har vært på lidelsens ”utbredelse” og ”styrke” (Wu et al., 2004, Albert et al., 2006, Van De et al., 2007). I mitt prosjekt ønsket jeg å få kunnskap om kvinnenens erfaringer, tanker, opplevelse og forventninger rundt graviditet og bekkenplager, det vil si at jeg ville rette fokuset mot

”opplevelsesfenomenenes meningsinnhold”. Å innhente denne typen kunnskap på en åpen, eksplorerende måte, pekte i retning av en kvalitativ forskningsdesign (Haavind 2000, Kvale 2009, Thagaard 1998). I det legger jeg at jeg ikke hadde noen klare ideer om hvordan fenomenet skulle analyseres i forkant, men at jeg var opptatt av å gå nysgjerrig ut i møte med materialet mitt (ibid). Ved å møte kvinnenenes historier på denne måten endte jeg opp med noen analysetemaer som ikke var helt uventet for meg. Et eksempel på dette er hvordan kvinnene framstår som usikre i forhold til fortolkningen av kroppslige symptomer. Men denne tilnærmingen brakte også på bane mer uventede temaer. Her ble jeg særlig slått av hvor opptatt informantene var av hvordan bekkenløsningen påvirket deres møte med arbeidslivet.

For å finne ut av hva som særpreger livs - og sykdomserfaringer hos kvinner med bekkenløsning, har jeg vært opptatt av kjønn som forskningstema. Det vil si at jeg har ønsket og utforske hvordan betydningen av kjønn utspilles i interaksjon mellom kvinnenenes erfaringer og kulturen de lever i. Innen samfunnsvitenskapelig kjønnsforskning studerer man hvordan mennesker sosialiseres inn i en kjønnsrolle på grunnlag av sitt biologiske kjønn (Solbrække og Aarseth, 2006). I dag henter samfunnsvitenskapelig kjønnsforskning primært perspektiver fra kritiske eller konstruktivistiske tilnærminger (ibid) I nær tilknytning til disse perspektivene, har jeg i arbeidet med det empiriske materialet, tatt i bruk et diskursanalytisk perspektiv. Hva dette konkret betyr skal jeg komme tilbake til senere i kapittelet, Først skal jeg imidlertid gjøre rede for og drøfte hvordan jeg har gått fram for å skaffe tilveie dette materialet.

2.3 Tilgang til feltet

Da jeg skulle i gang med dette prosjektet, var utgangspunktet å forske på en gruppe kvinner som jeg gjennom flere år hadde møtt som pasienter. Selv om ”tilgangen til feltet” lå rett foran meg, medførte overgangen fra behandler til forsker blant annet til at jeg måtte ta en del etiske forholdsregler. For å sette i gang et forskningsprosjekt

hvor objektene er mennesker, kreves det at man utarbeider en prosjektskisse. Prosjektet må, med utgangspunkt i denne skissen, godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, se vedlegg 1). Videre trengs det godkjenning fra Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, se vedlegg 2) om oppbevaring og behandling av datamaterialet. Først da disse godkjenningene forelå, kunne jeg starte rekrutteringen av informanter.

Med dette utgangspunktet ble informantene rekruttert gjennom ulike fysiske institutter i østlandsregionen. Jeg hadde ved utarbeidelse av prosjektskissen lagt vekt på visse utvalgsriterier. For det første var jeg opptatt av at informanten hadde fått diagnosen bekkenløsning. Dette var et viktig aspekt, da det å få og leve med en diagnose med var et viktig forskningsfokus for meg. Videre ønsket jeg en viss spredning blant mine informanter med hensyn til alder, antall barn og yrkestilknytning.

Et viktig etisk prinsipp er å innhente innformert samtykke hos informanter som skal delta i et forskningsprosjekt (Kvale 2009, Fangen 2004). I dette ligger det å gi informasjon om tema og formål for studien, og hvilke rettigheter informantene har som deltakere i en slik studie (ibid). For å oppfylle dette kravet ble pasienter med diagnosen bekkenløsning tildelt et informasjonsskriv (se vedlegg 3) om studien av sin behandlende fysioterapeut. De som ga uttrykk for at de kunne tenke seg å delta i studien, ble dernest kontaktet av meg på telefon etter tillatelse fra informantene selv. I denne samtalen tok jeg utgangspunkt i informasjonsskrivet. Her ble det særlig lagt vekt på at studien var frivillig, og at de som deltakere når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Videre fremhevet jeg at håndtering av dataene jeg innhentet ville bli anonymisert på en slik måte at informantene bare kunne gjenkjennes av meg som forsker. Denne informasjonen ble gjentatt da vi møttes til intervju.

For meg sto det klart at ingen av mine tidligere pasienter skulle inkluderes i studien. For det første hadde jeg vis a vis informantene valgt å tone ned at jeg var fysioterapeut. Kort sagt var hensikten med denne studien hverken å fokusere spesifikt på fysioterapifaget eller på kvinnenes opplevelser av fysioterapi. Ved å rekruttere

pasientene fra fysikalske institutter var tanken først og fremst at de hadde fått diagnosen bekkenløsning. Videre var det viktig for meg å få frem kvinnes generelle livs- og sykdomserfaringer, og belyse disse ved hjelp av noen valgte teoretiske perspektiver. Å velge noen av mine egne pasienter tenkte jeg derfor kunne påvirke kvinnes opplevelse av å snakke til en forsker. I rollen som forsker har jeg ikke de samme interessene som i fysioterapirollen. Som fysioterapeut har målet mitt vært å hjelpe pasienter til å få mindre smerter og bedre deres funksjon. Som forsker har jeg påtatt meg en ny rolle. Her kreves det at jeg går mer kritisk til verks med en større grad av uavhengighet (Kvale, 2009). Dette utdyper også Heggen og Fjell(1998) som nettopp påpeker at forskere med helsefaglig bakgrunn må vise nødvendig distanse ved å vise stor bevissthet rundt egen *yrkesrolle versus forskerrolle* (ibid, s.80). I hvilken grad jeg lyktes med dette og hvordan de ulike rollene kom til uttrykk underveis, vil jeg komme tilbake.

Takket være gode samarbeidspartnere på ulike institutter ble valg og rekruttering av informanter en positiv prosess. Når jeg avtalte tid, la jeg i opp til at vi enten kunne møtes på min jobb, eller at jeg kunne komme hjem til dem. Tilbudet om å møtes på min jobb var uttrykk for et ønske om ikke å virke for påtrengende. Samtidig åpnet jeg for å komme hjem til dem, slik at det ikke skulle være for krevende for dem å gjennomføre intervjuet. Flere av kvinnene var hjemme i permisjon med et lite barn på intervjuetidspunktet. Jeg åpnet også for at informantene kunne velge andre steder. Jeg var likevel opptatt av å prøve å legge til rette for at vi skulle være så uforstyrret som mulig, slik at kvaliteten på opptaket ble best mulig. Fire av informantene foreslo at jeg skulle komme hjem til dem, mens to av intervjuene ble gjort på min jobb.

Jeg endte opp med seks informanter. Antallet ble definert med utgangspunkt i en praktisk og en metodisk side. Praktisk tenkte jeg at antallet måtte ligge innenfor rammene som kunne forenes med arbeidet til en masteroppgave(Fangen 2004). En annen viktig metodisk kvalitet er å oppnå mest mulig variasjon i materialet. Når en skal definere antall informanter sier Kvale ”*Intervju så mange personer som er*

nødvendig for å finne ut det du trenger å vite” (Kvale, 2009, s. 58). At jeg endte opp med seks informanter, kan ses som et kompromiss mellom disse to kriteriene.

2.4 Presentasjon av informantene

Kvinnene jeg har intervjuet har jeg her valgt å gi navnene Anne, Hege, Guro, Kristin, Heidi og Mette. De representerte Norge fra nord til sør, men alle bodde på Østlandet da intervjuene ble foretatt høsten 2007. Kvinnene var i alderen 28 til 38 år. Alle hadde høyere utdanning, og alle var yrkesaktive. Da intervjuene ble foretatt, var en gravid med sitt første barn, en ventet nummer tre, de andre hadde født sitt første eller sitt andre barnet det siste året. Videre var noen i svangerskapspermisjon, noen helt eller delvis sykemeldt på grunn av sin bekkenløsning.

Med tanke på alder, sosial klasse og utdanning endte jeg opp med en gruppe som kanskje fremsto som mer homogen enn jeg hadde tenkt meg da jeg utarbeidet prosjektskissen. Dette skulle vise seg å bli av forskningsmessig interesse. Det viste seg at kvinnene jeg intervjuet representerte norsk middelklassekvinner med høy utdanning. Alle representerte en type arbeidsliv som kan anses som spesifikt i det moderne jobbmarkedet. Av hensyn til prinsippet om anonymitet, har jeg valgt å ikke gå videre inn på hvilke konkrete typer arbeid kvinnene representerer. Solbrække (2005) har i sin avhandling skissert noen trekk ved det moderne arbeidsliv som jeg likevel finner relevant å trekke frem i beskrivelsen av yrkestilknytningen til de kvinnene jeg intervjuet.

I en moderne arbeidslivskontekst er det først og fremst de personlige eller menneskelige kvalitetene som blir ansett som en *intellektuell kapital i bedriften* (Solbrække 2005, s 11). I disse bedriftene er det menneskene og deres relasjonelle evner som verdsettes, og dermed blir sett på som *økonomiens viktigste investeringskapital* (ibid, s.12). Arbeidsoppgavene i dagens bedrifter kan gi den enkelte store muligheter i form av *personlig selvutfoldelse og selvrealisering* (ibid s12.) Resultatet av et slikt arbeidsliv er mange muligheter og stor handlefrihet, men

det kan også skape en kultur hvor det handler om å prestere og å fremstå som en attraktiv og uunnværlig person (ibid).

Denne skisseringen av det moderne arbeidsliver finner jeg altså relevant i forhold til den gruppen informanter jeg intervjuet. Dette er ikke spesielt for kvinner med bekkenløsning, men gjelder nok for enhver gravid i en slik arbeidslivskontekst. Empirien min kan likevel peke mot at dette blir særlig aksentuert når kvinnen gjennomlever en krevende graviditet med smerter i bekkenet. Denne skisseringen av det moderne arbeidsliver finner jeg altså relevant i forhold til den gruppen informanter jeg intervjuet. Dette er ikke spesielt for kvinner med bekkenløsning, men gjelder nok for enhver gravid i en slik arbeidslivskontekst. Empirien min kan likevel peke mot at dette blir særlig aksentuert når kvinnen gjennomlever en krevende graviditet med smerter i bekkenet. Her tenker jeg særlig på hvordan et personifisert arbeidsliv og en grenseløs arbeidskultur kan legge ekstra stort press på kvinnene til å fremstå som en attraktiv arbeidstaker til tross for inngripende bekkenplager. Dette vil jeg komme tilbake til og utdype i analysekapittelet.

Oppsummeringsvis kan en derfor si at jeg i denne studien endte opp med å studere en gruppe kvinner med en ensartet sosioøkonomisk bakgrunn. I og med at store deler av arbeidslivet i dag har beveget seg i en mer menneskeintensiv og samtidig kunnskapsbasert retning, tror jeg likevel at de dilemmaene og erfaringene mine informanter beskriver, kan ha gyldighet langt ut over de spesifikke bransjene som informantene konkret arbeider i.

2.5 Gjennomføring

Med utgangspunkt i problemstilling og metodevalg, slik jeg har gjort rede for, valgte jeg å utføre et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju. For å innhente disse beskrivelsene, hadde jeg i forkant utarbeidet en intervjuguide som skulle hjelpe meg til å holde meg innenfor den tematikken jeg ville studere. Kort fortalt kunne dette være å be dem om å fortelle fra svangerskapet, fortelle om en dårlig dag, eller

beskrive hvordan de opplevde plagene i forhold til omgivelsene. Hvordan de hadde sett for seg andre med bekkenløsning, eller hvordan de oppfattet at andre så på dem nå som de selv hadde bekkenløsning, er også eksempler på spørsmål jeg stilte. Selv om jeg hadde laget en intervjuguide, var jeg opptatt av at intervjuet ikke skulle bli så strukturert at det ville hindre kvinnene i størst mulig grad kunne forfølge resonnementer og refleksjoner ut over det jeg hadde lagt opp til. Videre vil jeg redegjøre for refleksjoner og hindre jeg møtte på undervis i denne prosessen.

Når jeg innledningsvis i intervjuene ba kvinnene fortelle fra svangerskapet, opplevde jeg dette i stor grad som en døråpner til kvinnenens fortelling. Denne inngangen opplevde jeg i om positiv, fordi det ga kvinnene mulighet til å snakke fritt om det de selv var opptatt av. Dette var i tråd med målet om en åpen og eksplorerende fremgangsmåte som kjennetegner forskningsdesignet jeg hadde anlagt (Haavind 2000, Heggen og Fjell 1998, Thagaard 1998). Likevel ga det meg tidvis en opplevelse av at intervjuet manglet struktur, noe som av og til medførte en følelse av ubehag underveis i intervjusituasjonen. Informanternes yrkesbakgrunn representerte forsknings- eller utdanningstradisjoner innen for eksempel økonomi eller naturvitenskapelige disipliner, og var dermed veldig ulik en kvalitativ forskningstradisjon som jeg her presenterte. Dette ga meg av og til en opplevelse av utrygghet. Hva tenkte de om intervjusituasjonen? Oppfattet de dette som et seriøst forskningsprosjekt, eller minnet det dem mer om ”å slå av en prat over en kopp te”? Ved senere refleksjon har jeg tenkt at dette kunne like mye handle om min egen inneforståtte forestilling om hva forskning er og skulle være. Et kvalitativt forskningsprosjekt var også for meg en ny metodetradisjon forskjellig fra den jeg var vant til fra min egen fysioterapiutdanning. I etterkant av intervjuet var det imidlertid flere av kvinnene som ga positiv respons på det de hadde vært med på. Opplevelsen av at noen hørte på dem og var interessert i deres historie, ga slik jeg tolket dem en opplevelse å bli møtt og anerkjent med sine plager. Jeg så også at kvinnene i stor grad gikk inn i tematikken jeg hadde satt opp i intervjuguiden, selv når de fikk snakke fritt. Begge disse erfaringene gjorde meg tryggere underveis i intervjuene. Etter hvert så jeg også at dette ga meg muligheten til i større grad å kunne løsrive meg fra intervjuguiden. Dette ga meg muligheten til både

å la meg overraske, og forfølge hva kvinnene selv var opptatt av. Et eksempel er hvor mye og hvordan kvinnene vektla sin egen arbeidssituasjon. At jeg selv ble så overrasket over dette funnet har jeg stusset mye på i ettertid, da arbeid og selvutvikling er en viktig side ved mitt eget liv. Kvinnenes arbeidssituasjon ble et viktig og interessant spor å følge videre inn i analysen.

Underveis i intervjuet kunne jeg flere ganger kjenne på en opplevelse av både makt og motmakt. Kvale (2009) påpeker at i ethvert forskningsintervju vil det være et element av makt, og at forskningsintervjuet innebærer et asymmetrisk maktforhold hvor forskeren er den som i besitter makten. Et forskningsintervju kan dermed ikke sidestilles med en åpen og fri dialog (ibid). Som forsker var det helt klart jeg som satte dagsorden. Min bestilling var at vi skulle snakke om deres erfaring om bekkenløsning. Selv om det bare er kvinnen selv som kan si noe om egne erfaringer, var det jeg i forskerrollen som ledet prosjektet. Når jeg opplevde at kvinnene snakket temaer som opptok meg spesielt, prøvde jeg å få dem til å utdype dette mest mulig. Eksempel på oppfølgingsspørsmål kunne være *”dette er interessant, kan du si noe mer om dette”* eller *”når du sier... hva mener du da?”* Tatt i betraktning intervjuets asymmetriske maktposisjon kunne jeg imidlertid noen ganger få en opplevelse av at denne var snudd på hodet. Flere av kvinnene jeg intervjuet representerte yrkesgrupper som innehar både status og maktposisjoner i samfunnet. Følelsen av å ”bare” være en masterstudent, i kombinasjon med å fronte en type forskning som for de fleste fremsto som fremmed, gjorde at jeg tidvis kunne føle meg usikker. Dette medførte nok at jeg bedrev en form for ubevisst troverdighetsarbeid for å bli oppfattet som en som drev med seriøs forskning. Flere ganger under intervjuene kunne jeg også kjenne at helsearbeideren i meg ble ”vekket til live”. Flere av kvinnene uttrykte tidvis misnøye eller stilte seg kritiske til eksempelvis informasjon eller behandling de hadde fått av helsevesenet. Tidvis kunne jeg kjenne at jeg skjemtes over den behandlingen de hadde blitt tilbudt, og at jeg som en representant for denne gruppen nesten kunne oppleve at jeg burde stå til rette for den behandling de var blitt fått. Men jeg kunne også noen ganger kjenne på at jeg oppfattet dem som kravstore til hva som er realistisk å forvente seg av et behandlingstilbud. Maktforholdet i intervjusituasjonen

opplevdes ikke entydig asymmetrisk, i betydningen at jeg som forsker besitter makten. Snarere var min opplevelse at makten svingte som en pendel mellom meg og informanten. Slik sett kunne jeg føle makt og motmakt som helsefaglig forsker. Mine egen roller som forsker og helsearbeider ble vekselvis aktivert, og noen ganger sto de i opposisjon til hverandre.

På samme måte som jeg kunne sies å bedrive et slags troverdighetsarbeid, kunne jeg undertiden føle at kvinnene på sin side gjorde det samme. Et eksempel på dette er hvordan jeg kunne oppleve at den intervjuede, og da kanskje særlig i starten av intervjuet, ønsket å være ”flink”, eller å si de ”riktig” tingene. Dette syntes jeg ofte bedret seg underveis i intervjuene når vi ble litt bedre kjent og fikk en trygghet på at det ikke fantes gale eller riktige svar. Å fremstille seg selv på sitt beste og i et positivt lys er langt fra unikt i mitt prosjekt. Dette er i tråd med et interaksjonistisk perspektiv hvor det nemlig er vanlig å se på det intervjuerne sier som elementer i en selvrepresentasjonsprosess (Järvinen , 2005). Som jeg har vært inne på innledningsvis går dette ut på at man ser på intervjupersonenes uttrykk for å ville framstå som ”normale”, respektable mennesker (ibid). Et spesifikt eksempel i mitt materiale på hvordan mine informanter bedrev en positiv selvrepresentasjon syntes jeg at jeg kunne spore når de omtalte parforholdet. I forkant hadde jeg nemlig sett for meg at kvinnene i mye større grad ville fortelle om hvordan parforholdet ble satt på prøve, når de ikke orket å ta sin del av husarbeidet, eller orket å delta sosialt like mye som før. I strid med mine antagelser fremstilte kvinnene i stor grad mannen eller samboeren som både støttende og omsorgsfull. Fremstillingen handlet mer om et savn i at de selv ikke selv klarte å ivareta kjæsterollen enn å fremheve mannens manglende innlevelse. I ettertid ser jeg at kvinnene kanskje hadde behov for å fremheve mannen som ”fantastisk” i en periode av livet hvor familien normalt skal dyrkes og utvides. I deres selvrepresenteringsprosess var det viktig å få fram at de var to om denne graviditetsprosessen. Dette ble også et spor å forfølge inn i analysen av hvordan moderne likestilte parforhold opplever og håndterer sykdom i graviditeten. I ettertid ser jeg likevel at relasjonen i parforholdet ble vesentlig mindre berørt av informantene enn for eksempel relasjoner i arbeidslivet. Det kan selvfølgelig handle

om at jeg ikke hadde klare nok spørsmål som angikk familien. Slik sett kan mitt materiale gi inntrykk av at det er lettere å snakke om vanskeligheten på jobben enn hjemme.

Et etisk prinsipp i en forskerprosess er å oppfylle kravet om respekt for individets privatliv (Kvale, 2009). Å avgjøre hvor denne grensen går, kan være utfordrende. Spørsmål om sykdom og helse og endrede livsbetingelser er temaer som kan sette i gang tanker og følelser hos informantene. Dette gjorde seg gjeldene i mine intervjuer, og periodevis kunne jeg føle på hvor skjør intervjusituasjonen var. I ett tilfelle tok intervjuet en helt annen vending enn det jeg hadde tenkt meg. Utgangspunktet var at en av kvinnene fortalte om sin svært krevende arbeidssituasjon under graviditeten. Jeg fulgte opp med å spørre om hun hadde opplevd det som vanskelig å ta hensyn til seg selv og egne behov i denne perioden. Spørsmålet mitt resulterte i at kvinnen begynte å gråte. Kvinnen sa at spørsmålet mitt vekket en skyldfølelse hun hadde kjent på over tid. Hun var overbevist om at manglende hensyn til seg selv under graviditeten var *årsaken* til både bekkenløsningen, hvor smerter og stress igjen hadde medført at hun hadde født et ”stresset” barn, som i sitt første leveår slet med kolikk og uro. Denne vendingen, som i utgangspunktet nok opplevdes som sårt for oss begge på ulikt vis, satte meg siden på sporet av et viktig poeng som vil bli diskutert i analysekapitlet. Episoden er nemlig ett av flere eksempler som peker i retning av hvordan bekkenløsningsdiagnosen er beheftet med mye skyld og skam, både med tanke på ivaretagelse av egen helse, men også i forhold til fosteret. Dette satte meg også på sporet av en type risiko som kvinnene kontinuerlig opplever seg konfrontert med. Det kan nemlig handle om å måtte foreta veloverveide og riktige valg til enhver tid. Dette vil jeg komme tilbake til i analysekapitlet. Hvert intervju varte 1 -1,5 time.

2.6 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp digitalt. Deretter ble de transkribert i sin helhet. Før jeg startet transkriberingen, lyttet jeg alltid gjennom intervjuet. Dette hjalp meg til å få en

helhetlig oversikt over hva intervjuet omhandlet. Jeg var likevel uforberedt på hvor tidkrevende selve transkriberingsprosessen skulle bli. Jeg syntes at det gikk enormt med tid til spoling og repetering for å få intervjuet ned i skriftlig form. Kvale betegner transkribering fra muntlig tale til skriftlig tekst som *gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse*” (Kvale 2009, s.186). En slik prosess resulterer i en rekke vurderinger og beslutninger (ibid). Denne prosessen endte for meg i å utføre transkriberingen i to runder.

I første runde var jeg opptatt av å få med meg alt som ble sagt i intervjuet i minste detalj. Dette er i tråd med en del tradisjoner som er opptatt av at utskriften skal være så nøyaktig som overhodet mulig (Fangen 2004, Kvale 2009). I dette ligger det en oppfatning om at alt som skjer i intervjusituasjonen har betydning for forståelsen (ibid). I første runde tenkte jeg at dette var viktig i mitt materiale. Jeg var opptatt av å få med meg alt som ble sagt. Dette gjaldt så vel alle kremtinger og lyder som for eksempel ”mmm” eller ”eh” med mer. Stemninger som for eksempel latter, stillhet, nøling, situasjoner jeg oppfattet som triste eller sårbare, skrev jeg også fortløpende inn i parentes. Ifølge Kvale (2009) er transkriberingsarbeidet fra tale til tekst som en tolkningsprosess i seg selv. Dette opplevdes veldig på egen kropp i denne transkriberingsfasen. Selv med nitid arbeid og nøyaktighet, opplevde jeg å stå overfor mange utfordringer underveis. Når sluttet en setning? Ble noen ord vektlagt mer enn andre? Når produktet var ferdig nedtegnet i tekst opplevde jeg at resultatet på et vis var litt annerledes det inntrykket jeg hadde sittet igjen med etter selve intervjuet. Jeg opplevde at intervjuene som tekst ikke ”levde opp til” mitt inntrykk av informantene i selve intervjusituasjonen. Mens jeg hadde opplevd å føre en samtale med reflekterte og velformulerende informanter, opplevde jeg å sitte igjen med en tekst som inneholdt en mengde usammenhengende og uferdige setninger.

Dette førte til at jeg valgte å gå en ny runde med transkribering. I denne runden valgte jeg å redigere materialet på en slik måte at den skriftlige versjonen ble mer leservennlig. Denne runden startet jeg etter å ha funnet støtte i andre arbeider og i metodelitteraturen. Fangen (2004) mener at det er to svært ulike fremgangsmåter når en skal transkribere et materiale. Den ene måten går ut på å *skrive ned hvert minste*

kremt, markere hver minste pause og gjengi dialekt og annen språkvariasjon (ibid s.148). Den andre måten er å *redigere slik at uttalelsen får en mer grammatisk korrekt, skriftlig form der ufullstendige setninger fullføres, digresjoner utelates, og så videre(ibid).* I mitt tilfelle startet jeg altså med den første måten, men etter noen vurderinger slik jeg har redegjort for over, endte jeg altså opp med den siste varianten. Et annet poeng Fangen fremhever som jeg finner relevant i mitt tilfelle, er hvordan muntlig tale kan virke forvirrende og at dialekt kan virke ”dummere” enn standardspråk (ibid s 148). Kvinnene jeg har intervjuet representerer et mangfold av Norges dialekter. Å gjøre dem om til en skriftlig bokmålsform kan derfor også ses på som en måte å gjøre dem mer ”tilgjengelig”.

Tveit (2007) argumenterer i sitt doktorgradsarbeid for en transkribering som ligger nærmere opp mot skriftspråket. Hun mener at når materialet skal brukes i en meningsanalyse, *”er det lite hensiktsmessig å ha utskrifter som gjengir absolutt hver pause hvert kremt som i lingvistiske analyser”* (Tveit, 2007, s. 79). Videre fremhever hun en slik bearbeiding som et viktig ledd i å ivareta respondentens utsagn, som kan være vanskelig å forstå når det blir skrevet ned i en ordrett, muntlig form (Tveit 2007). Både ut fra argumentet om meningsanalyse og å yte informantenes rettferdighet, fant jeg formålstjenelig å benytte den skriftnære transkripsjonen i mitt materiale.

At jeg opplevde at intervjuene ikke gjenga mine informaners utsagn representativt, har trolig også med et annet viktig moment å gjøre. En transkribert tekst, uansett framgangsmåte, kan ikke være noe annet enn en representasjon av et unikt og muntlig møte mellom to mennesker. Forskjellen mellom det muntlige (intervjuet der og da) og det skriftlige (intervjuet gjengitt i transkribert form) blir i liten grad drøftet i metodelitteraturen. Kvale (2009) er imidlertid inne på dette når han skriver at transkribering ikke er en ren gjengivelse eller kopi av realiteten, og at det ikke finnes en sann og objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Eksempelet fra forrige avsnitt hvor jeg reflekterte over den ’vendingen’ samtalen tok da et av mine spørsmål gjenkalte informantens opplevelse av skyld og skam over egen bekkenløsning, er for meg et uttrykk for at noen kunnskapsmessige gjennombrudd blir forsterket oftere enn

vi tror gjennom forskerens retrospektive refleksjoner over hva som mer spesifikt skjedde 'der og da' og som isolert sett neppe kunne komme til uttrykk i den skriftlige/transkriberte versjonen.

Sist kunne denne omgjøringen ses på som ett viktig ledd i prosessen ved å anonymisere materialet mitt. Dette er et viktig etisk forskningsprinsipp som handler om at materialet i sin endelige form ikke skal kunne gjenkjennes av andre enn forskeren selv (Kvale 2009). Ved å omgjøre alle intervjuene til en standard skriftform ble denne bearbeidingen en viktig del av del av anonymiseringsprosessen. Omgjøringen til standard skriftform, hvor jeg har jobbet med å frem et meningsinnhold kan ha medført både mer tilgjengelighet for leseren, men også en rettfærdiggjøring av hvordan jeg gjenkjenner opplevelsen jeg hadde under og etter intervjuet.

2.7 Systematisering av materialet

Etter å ha transkribert intervjuene, leste jeg ett og ett intervju for å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg stilte følgende spørsmål til materialet mitt; Hva er kvinnene opptatt av? Hvilke erfaringer vektlegges? Et eksempel på en typisk erfaring kunne være *starten* på plagene. Måten disse erfaringene ble snakket om ble "kodet" med ulike farger og stikkord i marginen. Et stikkord kunne for eksempel være 'usikkerhet' eller 'dårlig samvittighet'. Da ett og ett intervju var blitt gjennomgått, begynte jeg å se på intervjuene i sammenheng. På denne måten kunne jeg se hvordan noen erfaringer trådte i forgrunnen, andre i bakgrunnen. Dette førte meg inn i en ny runde med materiale hvor jeg hovedsakelig søkte etter informantenes erfaringer som jeg allerede var blitt opptatt av. Denne måten å systematisere materialet betegner Haavind som å lese materialet sitt på langs og på tvers (Haavind 2001). I forlengelsen av dette opprettet jeg ulike word dokumenter. Hvert dokument omhandlet en tematikk, hvor jeg plasserte de ulike utsagnene der jeg mente de hørte hjemme. I noen tilfeller kunne ett og samme utsagn ende opp i flere dokumenter, fordi jeg anså det som beskrivende

for flere temaer. I første omgang opplevde jeg at kvinnene snakket om mye av det samme som de kvinnene jeg hadde møtt som pasienter da jeg jobbet som fysioterapeut. Et eksempel var måten kvinnen omtalte kroppen på, hvor usikre de var på kroppslige symptomer. Usikkerheten handlet om hvorvidt de skulle oppfatte bekkenplagene som en 'naturlig' del av svangerskapet, eller hvorvidt det skulle oppfattes som sykdom. Etter hvert ble det viktig for meg å fordype meg i litteratur som kunne hjelpe meg å knytte ord, mening og teorier til de tankene jeg gjorde meg. Ett eksempel var hvordan det å fordype meg i normalitetsbegrepet ble et viktig steg. Slik har spørsmål, begreper og empiri vært i gjensidig utvikling og en viktig del av en åpen forskningsprosess (Heggen og Fjell 1998).

2.8 Diskursanalyse – veien inn i analysen

Det føles som en ekstrem stivhet, det er blokkeringer som gjør at jeg ikke får reist ryggstøylene min opp...

Dette er et eksempel på hvordan Kristin beskrev bekkenplagene da jeg innledningsvis ba henne fortelle om graviditeten. Samtalen brakte oss et annet sted enn jeg hadde tenkt meg. Jeg ble slått av hvordan kroppen ble beskrevet som en maskin som var i ulage, eller var gått i stykker. Jeg stusset over at denne måten å snakke om kropp og sykdom på var så fremtredende. Erkjennelsen av at dette er en veldig vanlig, "tatt for gitt" måte å snakke om kropp på, satte meg på sporet av diskursanalyse som en mulig døråpner til mitt materiale. Etter hvert var det særlig noen diskurser om sykdom, kropp, kjønn og moderne arbeidsliv som ble fremtredende i materiale. Disse diskursene ble utgangspunktet for de ulike analysekapitlene.

Med diskurs menes en måte å snakke om og forstå verden på (Jørgen & Phillips 1999). Måtene vi forstår verden på, er historisk og kulturelt spesifikke. Dette betyr at verdensbilder og identiteter kan forandres over tid (ibid). En diskurs vil hele tiden kjempe om hegemoni, det vil si å fastlåse betydninger på nettopp sin måte (ibid). Noen måter å forstå og snakke om verden på, er så grunnfestet at de blir oppfattet som

naturlige og sanne (Jørgen & Phillips 1999). Et eksempel på dette er hvordan opprettholdelsen av en dualistisk kroppsforståelse har slått rot i vår kultur som ”sant”. Denne typen ulike bilder av den sosiale verden fører til ulike sosiale handlinger, og den sosiale konstruksjonen av viten og sannhet får følgelig konkrete sosiale konsekvenser (ibid). Hvordan bilder av kvinnelighet er blitt formet og skapt gjennom historien, har altså fått ”konkrete sosiale konsekvenser” for hvordan vi i dag oppfatter noe som kvinnelig. Et eksempel på dette er hvordan den kvinnelige sykerollen utviklet seg i takt med medisinenes utvikling fra midten av 1800 - tallet og frem til i dag (Johannisson 1996). For å få bedre grep om hvordan bekkenløsning forstås og erfares i dag, viste det seg nyttig å fordype meg i noen idehistoriske tekster om kvinnelighet og sykdom.

Ved hjelp av diskursanalyse kan jeg altså studere hvordan kvinnene jeg har intervjuet, tillegger graviditeten mening, og hvordan eventuelle personlige graviditetsfortolkninger tilpasses og tillegges mening innenfor rådende diskurser. Når jeg bruker betegnelsen rådende diskurser, kan det muligens tolkes som om jeg mener at disse er helt stabile og enerådende. Selv om ulike diskurser kjemper for å fjerne flertydigheter, vil imidlertid denne kampen aldri kunne vinnes. Flertydigheten som en diskurs fortrenger, vil alltid trues med å destabilisere entydigheten (Jørgen og Phillips 1999). Det vil si at diskursene kan overlappe og understøtte hverandre, men de kan også stå i et motsetningsforhold til hverandre (Wideberg 2001). Analysearbeidet vil derfor være å tydeliggjøre de ulike diskursers særpreg, men også forsøke å få frem hvordan de ulike diskursene sammen kan overskride hverandre. Ved å gjøre bruk av mitt eget materiale vil jeg altså få frem hvordan kulturelt skapte forestillinger om kjønn, kropp og sykdom er en internalisert del av det å leve med eller ”å gjøre” bekkenløsning.

For å klargjøre hvordan forestillingene ”gjøres”, har jeg valgt å støtte meg til Judith Butlers konstruktivistiske teorier om performativt kjønn og hvordan kjønn viser seg i praksis, samt Simone de Beauvoirs fenomenologiske tilnærminger om kropp og kjønn som relasjonell og primær erkjennelseskilde. Å bruke Butler som et teoretisk

bakteppe for en diskursanalyse vil for de fleste synes uproblematisk. Hun er ved flere anledninger brukt i kombinasjon med et slikt analyseperspektiv (se bla. Solbrække 2005). I tillegg til Butlers konstruktivisme, har jeg også blitt inspirert av de Beauvoirs fenomenologiske tilnærming til kjønn. Når jeg i denne oppgaven velger å ta i bruk hennes perspektiv er det først og fremst fordi hennes epokegjørende tanker om kvinnen som en særegen historisk og kulturell situasjon har vært banebrytende innen moderne kjønnsforskning. Hun var en av de første som for alvor løftet frem kjønn som samfunnsskapt fenomen og pekte på at mannen hadde forrang og at kvinnen ble sett på som ”den andre”.

2.9 Diskursanalyse og tverrfaglighet

Valget av et diskursanalytisk perspektiv har fått konsekvenser for hvordan jeg som forsker har bearbeidet og utviklet datamaterialet. I forlengelsen av dette valget fant jeg det også naturlig å velge et interaksjonistisk forskerperspektiv som jeg har gjort rede for innledningsvis i dette kapittelet. Jeg ser altså på interaksjonen mellom den intervjuede og intervjuer (Järvinen 2005) hvor jeg ser på meg som en medprodusent av viten (ibid). Gjennom kritisk refleksjon har jeg rettet oppmerksomhet mot meg som forsker (Heggen og Fjell, 1998)

Ved å anse meg selv som en medprodusent av viten, er utfordringen med denne type analyse, at jeg prinsipielt sett må betrakte meg selv er en del av de samme diskurser som dem jeg intervjuer. For det første kom dette tydelig frem da jeg flere ganger i intervjusituasjonen opplevde at kvinnenes historier var veldig gjenkjennbare i mitt eget liv. Dette kunne være når kvinnene snakket om å være god mor, kjæreste, ektefelle eller venninne. Historier om ”tidsklemmerier” eller streben etter å være sunn og sprek, kunne nettopp gi gjenklang i min egen hverdag. Dette ble veldig tydelig for meg underveis i intervjuene, og det brakte netopp klarhet i hvordan jeg er en del av de samme diskursene som kvinnene jeg har intervjuet. Dette utdyper Råheim i sin artikkel hvor hun spør: *”På hvilke måter kan det ualminnelige kvinnelivet med*

kroniske muskelsmerter kaste lys over det alminnelige kvinnelivet som frisk kvinne, eller omvendt?” (Råheim 2004). Gjennom intervjuer av både syke og friske kvinner i forhold til dagligliv, kropp og helse. Hun ser på hvordan betydninger av det å være kvinne er forbundet med omfattende endringsprosesser i vår tid. Gamle og nye måter å leve ut det å være kvinne på, eksisterer side om side og har betydning for hvordan dagens kvinneliv leves. Hun spør om *”tradisjonelle kvinneverdier sammen med etterlevelse av nye kan være en så sterk drivkraft for enkelte kvinner at de ureflektert legger til rette for å slite seg ut og utvikle varige kroppslige plager?”* (Råheim 2004). Jeg mente at disse betraktningene var viktige å ha med i min analyse, som tentativt kan si noe om hvordan bekkenløsning kan kaste lys over det å være kvinne i dag og vise versa. For egen del har ”gjenkjenneligheten” vært både positiv og utfordrende. Heggen og Fjell (1998) betegner forholdet mellom nærhet og distanse som sentralt innen fortolkende metode, og denne balansegangen er avgjørende for kvaliteten på dataene. Å selv være en hvit, middelklassekvinne som har opplevd en graviditet har på den ene siden gitt meg en betydningsfull *nærhet* og tilgang til materiale i form av erfaringslikhet med informantene. På den andre siden har fordypning av teori vært en nødvendig forutsetning for å få tilstrekkelig analytisk *distanse* til materiale.

Et annet og stadig tilbakevendende dilemma i denne oppgaven vært betydningen av selve begrepet bekkenløsning. På den ene siden omtaler jeg om bekkenløsning som noe eksisterende og konsistent, på den andre som om bekkenløsning er en konstruksjon. Denne kompleksiteten kan belyses gjennom forholdet mellom realisme og sosial konstruktivisme. Nortvedt og Grimen (2004) hevder at *realisme er en antakelse om at det finnes en verden som er uavhengig av vår erkjennelse*, mens () *Sosial konstruktivisme er en antakelse om at verden, eller fenomener i verden, er et produkt av kollektive virksomheter.* (Nortvedt og Grimen 2004, s. 141). Overføres dette til en språklig forståelse av bekkenløsning, vil realismen forenklet sagt hevde at bekkenløsning er noe som finnes. En slik forståelse kan sidestilles med en essensialistisk forståelse av sykdom. En sosialkonstruktivistisk forståelse vil derimot oppfatte bekkenløsning som en sosial konstruksjon. I ytterste konsekvens tar denne forståelsen avstand fra *at fenomener ikke finnes som fenomener i seg selv, de finnes*

bare som fenomener for oss (ibid, s. 146). En slik ”ekstrem” holdning vil også være vanskelig å innta, og jeg mener målet mer er å se på begrepene som et kontinuum hvor jeg beveger meg innenfor ytterpunktene. Sagt på en annen måte mener jeg at bekkenløsning kan ses i spennet mellom ”natur” og ”kultur” eller for å bruke de Beauvoirs begrep: bekkenløsning er en situasjon. Denne posisjonen kan utdypes gjennom Bondeviks(2007) avhandling om hysteri. Et av hennes hovedanliggende er å få frem fruktbarheten i å utforske sykdom utover fysiologiske og biologiske hendelser ved å reflektere kulturelle aspekter ved sykdom. Hun tar avstand fra en sykdomsforståelse som inngår i en medisinsk praksis der kropp og sykdom forstås som en stabil, ahistorisk natur. Formålet med å belyse sykdom som en konstruksjon er ifølge Bondevik ”å unngå en todeling mellom vitenskapen og medisinen på den ene siden og kulturen og samfunnet på den andre”(Bondevik 2007, s.18).

I min oppgave går altså kritikken av essensialismen ut på å utfordre dens hegemoniske posisjon i forståelsen av kjønn og sykdom. Et viktig element i min oppgave er derfor et forsøk på ”brobygging” mellom natur og kultur. Et annet og viktig poeng som jeg finner relevant i den forbindelse er hvordan de fleste som har utfordret og kritisert den tradisjonelle tilnærmingen i studiet av sykdommer har fokusert på lidelser som ikke er typisk biomedisinske sykdommer (Bondevik 2007). Det vil si at de fleste konstruktivister først og fremst har brukt *mentale lidelser* for å utfordre en essensialistisk sykdomsforståelse (ibid). I mitt tilfelle er det annerledes. Jeg tenker derfor at graviditet og bekkenløsning, som hovedsakelig har blitt utforsket med et biomedisinsk blikk, kan gjøre min studie om kvinner med bekkenløsning særskilt interessant.

2.10 Diskursanalyse og etikk

For studier som omfatter mennesker er det i følge Kvale tre viktige etiske regler. Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2009). De to førstnevnte prinsippene er allerede behandlet i dette kapittelet. Når det gjelder det

Kvale kaller ”konsekvenser”, finner jeg det nødvendig å knytte dette til analysen jeg har valgt og således drøfte, nemlig diskursanalysens etikk. Wideberg(2001) poengterer at det kan oppleves som sårende at det som blir sagt i et diskursanalytisk forskningsintervju, tillegges en mening informantene selv ikke kjenner seg igjen i. Dette er neppe spesielt særegent for en diskursanalyse, men snarere et kjennetegn i ethvert fortolkningsarbeid. Likevel ser her jeg noen særegne etiske utfordringer i forhold til mitt forskningsarbeid spesielt som jeg vil utdype nærmere.

Den første utfordringen er knyttet til min egen fagtradisjon. Som nevnt tidligere er både fysioterapi som fag og bekkenløsning som fenomen sterkt influert av biomedisinens forståelsesrammer. Ved å velge et mer sosialkonstruktivistisk perspektiv i forhold til kjønn og sykdom, kan det muligens oppfattes som en kritikk av fysioterapifeltet og den forskningen dette området hovedsakelig representerer. Når jeg i min oppgave ønsker å belyse bekkenløsningens kulturbundne karakter, er det imidlertid ikke for å avvise en biomedisinsk forståelse. Det jeg snarere mener er at det også er fruktbart å se sykdom og helse i sammenheng med andre forklaringsperspektiver.

Den andre utfordringen knyttet til diskursanalysens etikk handler vitenskaplig sett om hvordan mine informanter muligens kan komme til å oppfatte at jeg videreformidler og tolker deres historier. At jeg løfter fram kulturelt skapte diskurser som kan fremstå *som sanne* for dem, kan gi dem inntrykk av at jeg betviler deres erfaringer. Det er i så fall ikke slik jeg tenker om dette selv. Når jeg som forsker leser informantens utsagn kritisk i lys av rådende diskurser, er det viktig å understreke at kritikken på ingen måte er rettet mot informantene selv, men mot et fenomen. Dette poenget fremheves også av Bondevik. Hun skriver at selv om sykdom betraktes som en konstruksjon, betyr det verken at en fornekter *sykdommens materialitet* eller *lidelsens karakter* (Bondevik 2007,s.23). I måten jeg har håndtert informantens utsagn på og gitt dem plass i analysekapittelene har jeg hele tiden tilstrebet å ha dette fokuset for øye.

Til slutt: Noen vil kanskje spørre seg; Finnes det en løsning på bekkenløsning? Det er et spørsmål som vanskelig lar seg besvare, og jeg vil understreke at dette heller ikke

er hensikten med min oppgave. I denne oppgaven er mitt prosjekt å vise ***hvordan*** kvinnene med bekkenløsning presenterer seg selv for å fremstå som troverdige samfunnsaktører. Før jeg presenter funnene i studien i et eget analysekapittel, vil jeg i neste kapittel utdype de perspektiver og begreper som denne metodeprosessen har ført meg frem til.

3. Kontekstualisering og teoretiske begreper

I foregående kapittel redegjorde jeg for hvordan jeg metodisk gikk frem, og hvordan denne prosessen ledet meg inn på noen ”spor” jeg blir opptatt av å forfølge og videreutvikle. I dette kapittelet vil jeg gripe fatt i disse ”sporene” og knytte dem opp mot en teoretisk begrepsramme. Som jeg har vært inne på, ble jeg opptatt av hvordan noen bestemte måter å snakke om og forstå sykdom på, preger kvinnes historier. Her tenker jeg særlig på hvordan et biomedisinsk tenkesett tydelig preger selvforståelsen som gravid og som syk. For å få grep om hvor denne forståelsen har sitt kunnskapsmessige feste, vil jeg først utdype hvordan bekkenløsning hovedsakelig blir forstått i en biomedisinsk kontekst. Her gjør jeg også rede for nyere forskning på feltet. For å få frem bekkenløsningens kulturbundne karakter, har jeg valgt å sette graviditet, kvinnelighet og sykdom inn i et idehistorisk perspektiv. Hvordan kjønn og kvinnelighet teoretisk er blitt forstått historisk sett, bringer meg videre til å vinkle dette i en feministisk retning. Her er det først og fremst Simone de Beauvoirs begrep om *kroppen som en situasjon* og Judith Butlers begrep om *det å gjøre kjønn* som vil bli utdypet. Til slutt vil jeg løfte frem begrepene normalitet, risiko og skam, som er ment å belyse de kanskje mer usynlige men like fullt virksomme aspektene ved det å være gravid i vår egen samtid.

3.1 Bekkenløsning – biomedisinsk forskning på feltet

Selv om bekkenløsning har fått økt fokus innen forskning og større plass i samfunnsdebatten, kan tilstanden på ingen måte anses som et nytt fenomen. Symptomer på bekkenløsning skal ha blitt beskrevet innen medisinen til ulike tider (Stuge 2005). En gjennomgang av medisinskhistoriske artikler viser at symptomer på bekkenløsning allerede skal ha blitt viet interesse på Hippokrates’ tid, 400 år f.kr. (Bastiaanssen et al 2005). Siden da har bekkenløsning hatt ulike betegnelser og ulike

årsaksforklaringer (ibid). Her i Norge ble Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsning, LKB, dannet i 1987, og den har vært spydspiss i kampen for flere av rettighetene som kvinner med bekkenløsning har i dag. I 1988 ble det fastslått at bekkenløsning ga grunnlag for vanlig sykemelding, noen år senere etterfulgt av retten til fri fysikalsk behandling. Diagnosen bekkenløsning var med dette innlemmet i den moderne medisin.

3.1.1 Den friske og den syke bekkenløsningen

I en biomedisinsk forståelse blir bekkenløsning grovt sett inndelt i to kategorier: den normale, friske på den ene siden, og den unormale, syke på den andre. Den normale, friske bekkenløsningen blir forstått som en naturlig følge av svangerskapet. Under graviditeten blir kvinnen utsatt for store fysiologiske forandringer som innebærer en såkalt normal løsning av bekkenleddene i forberedelsen til fødselen. Hormonet relaxin utskilles under graviditeten, og medfører, sammen med andre hormoner, at alle kroppens leddbånd blir løsere (Vleeming et al., 2008). Dette følger enhver graviditet, og i en medisinsk terminologi blir fenomenet omtalt som en fysiologisk bekkenløsning. Når kvinner får plager fra bekkenet i forbindelse med graviditeten, går den friske, fysiologiske bekkenløsningen over til å omtales som en symptomgivende bekkenløsning. Denne type bekkenløsning blir forstått som en syk, unormal bekkenløsning. I en medisinsk kontekst blir denne tilstanden gjerne definert som en diagnose. I dag finnes en felles europeisk definisjon på denne diagnosen, utarbeidet av European Cost Commission i 2004 ¹. Robinson et al. (2007) har reliabilitetstestet ulike smerte- provokasjons -tester som blir brukt til å sette diagnosen bekkenløsning. Studien konkluderte med at testene var fra moderate til gode som diagnostisk verktøy.

¹ European Cost Commission, en gruppe med medisinsk bakgrunn, har nedtegnet europeiske retningslinjer (Vleeming et al., 2008) foreslår følgende definisjon av PGP: "*Pelvic girdle pain generally arises in relation to pregnancy, trauma or reactive arthritis. Pain is experienced between the posterior iliac crest and the gluteal fold, particularly in the vicinity of the sacroiliac joints (SIJ). The pain may radiate in the posterior thigh and can also occur in conjunction with/or separately in the symphysis. The endurance capacity for standing, walking and sitting is diminished. The diagnosis of PGP can be reached after exclusion of lumbar causes. The pain or functional disturbances in relation to PGP must be reproducible by specific clinical tests*".

Diagnose til tross, poenget jeg vil fram til og som jeg mener at studien denne oppgaven baserer seg på viser, er at grensen mellom den normale, friske og den unormale, syke bekkenløsningen er verken entydig eller gitt. Bekkenløsningens mangel på objektive funn gjør diagnosen fortsatt kontroversiell (Fredriksen, 2001).

3.1.2 Bekkenløsning – kvinnens 'ubestemte helseplager'

Bekkenløsning blir i dag ofte betegnet som en av kvinners 'ubestemte helseplager' (Malterud 2006, NOU 1999, Fredriksen 2001). 'Ubestemte helseplager' er på sin side en fellesbetegnelse for langvarige tilstander med subjektive symptomer. Kort sagt betyr det at man ikke finner noen klar årsakssammenheng mellom kroppens symptomer og individets opplevde helsetilstand. Her vil det si at man ikke finner objektive spor i kvinnens kropp som kan avdekke en "syk" bekkenløsning, dette til tross for at kvinnen selv opplever seg "syk" eller "plaget". Kvinnens 'ubestemte helseplager' er en samlebetegnelse på flere ulike symptomer som kan opptre sammen eller hver for seg (Malterud 2001) Dette kan for eksempel være smertesyndromer, utmattelse, kognitive eller psykiske problemer (ibid). I tillegg til bekkenløsning er fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, kronisk utmattelsessyndrom eller irritabel tarm eksempler på det som gjerne faller inn under denne kategorien.

Med sykdom følger det et tilhørende diagnosespråk. Forståelsen av bekkenløsning som en "ubestemt helseplage" gjenspeiles språklig ved at den klassifiseres som en symptomdiagnose. En symptomdiagnose betegner, til forskjell fra en sykdomsdiagnose, en tilstand som ikke etterlater seg konkrete, objektive spor i kroppen. Det vil si at bekkenløsning ikke kan spores i en blodprøve eller bekreftes på et røntgenbilde. Det er kvinnens sykehistorie, i tillegg til smertesvar fra kliniske spesifikke tester, som danner grunnlag for bekkenløsningsdiagnosen (Fredriksen 2001). Ifølge Malterud (2001) har ikke subjektive symptomer tilsvarende status som kunnskapsgrunnlag når diagnoser skal stilles og sykdom skal avgrenses (ibid).

Dette kan ytterligere utdypes ved å henvise til de antropologiske sykdomsbegrepene "illness" og "disease" som henspiller på det å være objektiv eller subjektiv syk

(Søvik, 2001). Mens "disease" representerer den tradisjonelle biomedisinke oppfattelsen av sykdom hvor helsevesenets diagnostisering dannes på grunnlag av objektive symptomer, referer "illness" til den subjektive, personlige opplevelsen av å være syk. Dette innebærer at når bekkenløsning blir definert som en symptomdiagnose, eller ved å referere til sykdomsbegrepet "illness", skapes det rom for ulike fortolkninger og forhandlinger om hva slags tilstand dette er, og hvilke konsekvenser den skal eller bør få.

3.1.3 Forskning på feltet

Til tross for tidlig kjennskap til bekkenløsning, har fokuset på denne tilstanden økt enormt de siste tiårene. Dette gjelder både innen medisinsk forskning og i samfunnet generelt (Bastiaanssen 2005). I tillegg til forskning hvis hensikt er å hovedsakelig avdekke årsaker, har også livskvalitet og samfunnskostnader i større grad blitt viet oppmerksomhet(ibid). Det gjelder særlig Skandinavia, men også land fra som Nederland, Israel, Sør Afrika, Australia og Nigeria rapporteres det om bekkenløsning. Manglende rapportering fra andre land kan trolig ses i sammenheng med at bekkenløsning ikke blir betraktet som sykdom, men som en naturlig del av svangerskapet (ibid). Flere nyere studier har undersøkt årsakssammenheng mellom ulike risikofaktorer og bekkenløsning(Wu et al., 2004, Albert et al., 2006, Van De et al., 2007). Albert et al (2006) kom i sin prospektive kohortstudie frem til at flere fysiske og psykososiale faktorer kan være risikofaktorer i utviklingen av bekkenløsning, uten at det utkrystalliserte seg enkelte eller dominante faktorer. Korsryggssmerter, skade på rygg eller bekken, mange fødsler, høyt stressnivå og lav jobbtilfredshet, var faktorer som muligens kunne settes inn i årsakssammenheng med bekkenplager(ibid).

En longitudinell kohortstudie utført av Van De et al (2007) fant at kvinner med bekkenløsning rapporterte flere depresjonssymptomer, og at de oftere hadde tegn til en klinisk depresjon. Hvorvidt depresjonssymptomer er en årsaksfaktor ved

bekkenløsning, eller om de hadde oppstått som en konsekvens av smertene, kunne studien ikke gi entydig svar på (ibid).

I en reviewstudie av Wu et al. (2004) ble 34 studier som undersøkte risikofaktorer inkludert. Tungt arbeid, tidligere ryggsmarter og tidligere svangerskapsrelatert bekkenløsning ga indikasjoner på økt risiko for bekkensmerter. Videre har mors høyde og vekt, barnets vekt, p-piller, røyking, epidural anestesi og lang fødsel vært vurdert som risikoårsaker, uten at man har funnet noen klare sammenhenger. Heller ikke alder, antall svangerskap eller etnisitet ble funnet som entydige risikofaktorer (ibid).

Etnisitet som mulig risikofaktor til bekkenløsning er utgangspunktet i Bjørklund og Bergstrøms (2000) forskning. Kvinner fra fire ulike land, Sverige, Finland, Tanzania og øya Zanzibar ble spurt om de var plaget med bekkensmerter under svangerskapet. Trass i store sosioøkonomiske ulikheter var forskjellen i rapporterte plager små. Artikkelen konkluderer med at bekkensmerter dermed ikke kan anses som et særskilt skandinavisk problem slik det gjerne er blitt hevdet (ibid).

Fredriksen (2008) har i et pågående doktorgradsarbeid sammenliknet debatter om bekkenløsning på internett her i Norge, med helsemyndighetenes og forskningens presentasjon av denne tilstanden. Funnene viser at det er et stort sprik mellom hvordan kvinnen oppfatter bekkenplagene og hvordan helsemyndighetene fremstiller de samme plagene.

Forskningen som presentert over bygger, med unntak av Fredriksens studier, på et kvantitativt forskningsdesign og gir viktig kunnskap om utbredelse og årsakssammenhenger. Etter mitt syn har denne forskningen alene imidlertid noen klare begrensninger. Først og fremst mener jeg at diagnosen bekkenløsning må ses i lys av historiske og kulturelle strømninger og ikke minst settes i relasjon til hvilken tidsepoke den operer innenfor. Gjennom en slik innfallsvinkel kan vi få økt kunnskap om hva det mer spesifikt er å leve med bekkenløsning, og hvordan dette er vevd sammen med noen mer generelle samfunnsbetingelser. For å utdype dette skal jeg i

neste avsnitt ta utgangspunkt i idehistorikerne Karin Johannisson og Hilde Bondevik og deres arbeider om hvordan kvinner, helse og graviditet er blitt forstått og håndtert fra 1850 og fram til vår egen tid. Dette tilbakeblikket har for meg vært en viktig drivkraft til å forstå *hvordan* informantene mine tillegger sine historier betydning, *hvordan* de forstår seg selv, og ikke minst *hvordan* de fremstiller sine historier for å kunne fremstå som troverdige samfunnsmedlemmer i en dagsaktuell kontekst.

3.2 Bekkenløsning – i et kulturhistorisk perspektiv

"Diagnoser fødes, gjør karriere og dør", skriver idehistoriker Karin Johannisson (2007, s19). Dette sitatet kan leses som hennes manifest for hvordan sykdom og diagnoser skal tolkes og forstås. Diagnoser og sykdom hevder Johannisson (2007) kan verken forstås som noe statisk eller evigvarende, men må analyseres med utgangspunkt i den samtid de operer innenfor. Johannisson problematiserer altså hva som skjer når sykdom ensidig blir ansett som en biologisk hendelse i kroppen, uten å ta i betraktning hvordan enkeltindividet forholder seg til historiske eller kulturelle kodekser (ibid).

I hennes bok *"Det mørke kontinent"* (1996) studerer hun mer spesifikt kvinnens helse i slutten av det 19. århundre. Med den moderne utformingen av lege - og naturvitenskapen, kan dette ses på som en epoke med opptakt til to kjønn. Det vil si at kvinnen og hennes kvinnelighet nå ble definert med utgangspunkt i hennes biologiske egenskaper. Biologien skulle også gi forklaringen på kvinnens sykkelighet. Slik sett endret medisinen som vitenskap samtidens oppfattelse og forståelse av kjønn. Mannlighet og kvinnelighet ble forklart som en iboende egenskap ved menneskets natur. Mens mannen ble identifisert med ånd, intellekt og produksjon, ble kvinnelighet synonymt med følelser, natur og reproduksjon (Johannisson 1996). Reproduksjon fikk en sentral plass og spilte en særlig rolle i utformingen av kjønn, eller som Johannisson beskriver det:

"Når menstruasjon var signal om kvinnens tilblivelse, så var graviditet et signal på fullbyrdet kvinnelighet." (Johannisson 1996, s.115).

Medisinen som vitenskap bidro helt avgjørende til at graviditet og fødsel kom til å være med på å forme det Johannisson betegner som *"den kvinnelige sykerollen"* (Johannisson 1996). Kvinnernes hyppige og ofte kompliserte svangerskap førte til at graviditeten gjerne ble sett på som en sykdomsliknende prosess. Fødselen var risikabel for både mor og barn. I verste fall kunne døden være utfallet for den ene av dem, eller for dem begge. Synet på kvinnens sykdom var midlertid sterkt klassepreget, og det var overraskende nok særlig borgerkvinnen som ble beskrevet som svak og sykkelig. Som en følge av dette fikk legen en betydningsfull rolle i oppfølgingen av hennes graviditet, hvor hun gjennom hele svangerskapet gikk til kontroll flere ganger i uken. Legebesøket ble en arena hvor kvinnen gjennom den oppmerksomheten hun ble viet fikk en opplevelse av å være betydningsfull. I mangel på andre betydningsfulle roller, ble kvinnens rolle som syk trolig brukt som en bekreftelse på hennes kvinnelighet (ibid).

Med et slikt utgangspunkt retter Johannisson (1996) søkelyset på mulige konsekvenser som sykliggjøring og medikalisering av svangerskap og fødsel har hatt for vår forståelse av kvinnelighet også i vår tid. Hun argumenterer for at legevitenskapens utvikling på slutten av 1800 - tallet fortsatt har innvirkning på hvordan vi oppfatter kvinnelighet og kvinnens måter å uttrykke sykdom på (ibid). Hun hevder blant annet at kvinners sykdom i dag kan forstås som et svar på kulturelle definisjoner av kvinnelighet, som for eksempel svak, passiv og hjelpeløs. Vitenskap og medisins utvikling spiller dermed en betydelig rolle i forståelsen av kjønn, normalitet og avvik (Johannissons 1996).

Bondeviks idehistoriske doktoravhandling *"Medisins orden – hysteriets uorden. Hysteri i Norge 1870-1915"* (2007) forfølger Johannissons tankegang om hvordan sykdom og diagnoser gjenspeiler en kulturell dagsorden. Avhandlingen retter søkelys mot hvordan diagnosen hysteri gjenspeiler kulturelle forestillinger om kjønn.

”Hysteria” har sin opprinnelse i gresk og betyr livmor. Både innen kulturen og medisinen er hysteri mer enn noe annet blitt knyttet opp mot kvinnens kropp og hennes seksualitet. Hysteri er en av medisinenes eldste diagnoser, og i løpet av 1800 - tallet var tilstanden en av medisinenes store utfordringer. Til tross for at tilstanden også rammet menn, var og forble hysteri kvinnesykdom nummer en. Symptomene omfattet krampeanfallet, lammelser, taleforstyrrelser, utagerende atferd, nervøsitet, svimmelhet, manglende matlyst med mer, og var knyttet til galskap og epilepsi så vel som til generell nervøsitet, mistilpassethet og ukonvensjonell atferd (ibid). Leger over hele Europa engasjerte seg i behandlingen av den hysteriske kvinnen. Bondevik viser hvordan hysteri ble en del av *medisinenes og kulturens konstruksjon av kvinnelighet og mannlighet* (ibid s.12).

Vitenskapens fremvekst befestet altså en *medisinsk orden* hvor kroppen var gjort til forskningsobjekt (Bondevik 2007). Seksualiteten blir et viktig utgangspunkt for den objektive viten. Gjennom en vitenskapliggjøring av befruktning og graviditet, befester medisinen kvinnens forskjellighet fra mannen gjennom deres biologiske forskjeller. Mannskroppen blir ansett som normen, og kvinnekroppen som et avvik fra det normale (ibid).

I dag er ikke hysteri lenger en egen diagnose. Denne endringen bekreftes via Johannissones beskrivelser av diagnoser som noe som *fødes, gjør karriere og dør* (Johannisson, 2007, s. 19). I motsetning til hysteri, en av medisinenes eldste diagnoser (Bondevik 2007), er bekkenløsning en relativt ny diagnose. I likhet med Bondevik ønsker jeg å studere bekkenløsning som *skapt* og som en *konstruksjon*, og samtidig som noe *reelt* og *eksisterende* (ibid, s.27). Med et slikt utgangspunkt kan man undersøke mot hvilket bakteppe kvinnene gjennom min undersøkelse kommuniserer sine historier i vår tid. Med utgangspunkt i Johannissones og Bondeviks beskrivelser av kvinnens sykkelighet gjennom historien, ser jeg også muligheten for å drøfte mitt materiale i forhold til noen sentrale, dagsaktuelle problemstillinger innen feministisk teori. For å få til dette, vil jeg presentere to viktige tenkere som på hver sin måte står sentralt i dagens feministiske teori, nemlig Simone de Beauvoir og Judith Butler.

3.3 Feministiske teorier om kropp og kjønn

3.3.1 Simone de Beauvoir – kroppen er en situasjon

Simone de Beauvoir ble født i Paris i 1908. Hennes filosofi kan ses på som utgangspunktet for moderne feministisk teori. Spesielt kjent er hun for sitt verk ”Det annet kjønn”, som utkom i 1949.

”*Man er ikke født kvinne - man blir det*”. Dette er kanskje en av de Beauvoirs mest kjente teser. I dette tar hun ifølge de Beauvoir forsker Moi til orde for en filosofi hvor kroppen verken kan reduseres til en biologisk essens, eller til en sosial konstruksjon (Moi 1998). Begge deler er en del av den levde erfaring. Splittelsen mellom sosialt og biologisk kjønn unngår hun ved å beskrive kroppen som *en situasjon*. Betraktet som en situasjon, omfatter kroppen både objektive og subjektive aspekter ved erfaringen. Kvinnen er gjennom en kontinuerlig, pågående prosess i ferd med å gjøre seg selv til den hun er. Hun definerer seg selv gjennom det hun gjør med det verden gjør med henne (ibid s.107). Kroppen er viktig for de Beauvoir(2000), og den blir for henne alltid en del av den levde erfaring. Hun er inspirert av Merleau-Pontys fenomenologiske kroppsfilosofi om kroppen som primær erkjennelseskilde. I dette ligger at mennesket erfarer seg selv og andre gjennom kroppen. Den er på en og samme tid underlagt naturlover og menneskelig meningsproduksjon. Den er på samme tid subjekt og objekt, synlig og seende og kan aldri reduseres til en av delene. Med dette forstås kroppen som tvetydig (de Beauvoir 2000).

3.3.2 Judith Butler –å gjøre kjønn

Butler er filosof og professor i litteraturvitenskap. I 1990 utga hun boka ”Gender trouble” som hadde stor gjennomslagskraft i forhold til humanvitenskaplig forståelse av kjønn (Bondevik og Rustad, 2006). For Butler er kjønn en konstruksjon som inkorporeres gjennom historiske og kulturelle diskurser (Stormhøj 1999). Kjønn er kun en skapt norm som skapes gjennom våre omgivelser og i det samfunnet vi lever.

Diskurser påvirkes og skapes gjennom eksisterende maktstrukturer (ibid). Med utgangspunkt i en poststrukturalistisk tenkning har Butler utviklet en teori om kjønn hvor performativitet står sentralt.

Performativitet kan forstås som at biologisk og sosialt kjønn ikke er *væren*, men *gjøren*. Butlers mål er å fremme en forståelse av kropp og kjønn som historisk – ikke som noe iboende, essensialistisk. Som hun sier; *There is no gender identity behind the expressions of gender; that identity is performatively constituted by the very expressions that are said to be its results (Butler 1990 s.25)*. Kjønn er altså noe vi gjør eller uttrykker. Det betyr at Butler (1990) motsetter seg en forståelse av at biologisk kjønn kommer til uttrykk i sosialt kjønn, som om noe på innsiden kommer til syne på utsiden. Kjønn fremføres gjennom gjøren og uttrykker ikke noe bakenforliggende, noe egentlig. Hun avviser dermed at det finnes en kvinnelig indre essens. Kvinnelighet er ikke noe man har eller er, kvinnelighet er noe man gjør. Alt er i stadig bevegelse, derfor finnes det ikke noen væren utenom gjøren (ibid).

3.3.3 De Beauvoir og Butler –kritikk og relevans

Både de Beauvoir og Butler har, på ulikt vis, hatt stor betydning innen feministisk teori, men begge har også møtt motstand for sin forståelse av forholdet mellom kropp og kjønn. De Beauvoirs er på sin side blitt kritisert for å fremme et essensialistisk syn på det kvinnelige (Moi, 1998). Denne kritikken har særlig kommet fra poststrukturalister. Denne måten å forstå de Beauvoirs filosofi på tar Moi avstand fra. I begrepet ”kroppen er en situasjon” ligger det ifølge Moi, en ikke - essensialistisk forståelse av kjønn og kropp (ibid). Poenget er at hvordan kroppen er, har betydning for hvordan vi erfarer verden. Dette eksemplifiserer hun blant annet gjennom det å være syk. Hvis man må ta seg fram i verden med en syk kropp, vil erfaringene av en selv være annerledes enn hvis man lever i en frisk kropp. Likeledes vil verden reagere forskjellig i møtet med en frisk eller syk person. Kvinnen og hennes kropp, sier Moi, kan verken reduseres til en essens eller en sosial konstruksjon. Å degradere kvinnen i en essensialistisk eller konstruktivistisk forståelse er å frakjenne at en kvinne er et

”konkret, legemliggjort menneske av en spesiell alder, rase, klasse eller nasjonalitet med en unik samling av erfaringer, og ikke bare et menneske som er kjønnnet på en spesiell måte”(Moi 1998, s.60).

Butler, på sin side, er ved flere anledninger blitt kritisert for å se på kroppen som noe totalt adskilt fra sosialt kjønn. I denne kritikken har Butlers performative teorier fremstått som om kjønn er noe som kan gjøres, eller *velges som et hvilket som helst teaterkostyme* (Solbrække 2005, s.22). Rosenbeck (1992) mener at en slik type tolkning, hvor individet bare kan lage seg til den det vil, er en ufullstendig måte å forstå kjønn som en sosial konstruksjon på. Hun hevder at å forstå noe som konstruert må ses i sin rette sammenheng og løftes opp fra individnivå. Eller som hun sier: *Det er snakk om konstruksjon på et kulturelt nivå, hvor seksualitet, kvinnelighet etc. konstrueres i en historisk prosess* (Rosenbeck 1992, s.96). Ifølge Solbrække kan Butlers tankegods brukes til å se på *”hvordan kjønn produseres som en effekt av det å måtte gjøre seg selv legitim eller tilregnelig aktør i et bestemt sosialt felt* (Solbrække 2005, s.22). Det er et en slik tolkning av Butler jeg velger å støtte meg til. Det vil si at kropp og kjønn ikke kan løsrives fra hverandre, men snarere inngår i en gjensidig konstituerende prosess. Vi uttrykker oss og relaterer oss til verden via kroppen, og disse uttrykkene er både ment å bekrefte og blir sett på som bekreftelse på at vi er en ’virkelig’ kvinne.

Når jeg velger å bringe Butlers og de Beauvoirs perspektiver inn i analysen, ønsker jeg å understreke to ting. For det første mener jeg at de Beauvoir situasjonsbegrep er fruktbart for å få mer innsikt i hvordan sykdomserfaringer opptrer i et livslangt samspill med visse sosiale betingelser. Analysen vil altså bestå i å se på hvordan betydningen av å være kvinne med bekkenløsning utspiller seg i en gitt sammenheng,. I denne sammenhengen vil det være å se på betydningen av å være kvinne med bekkenløsning i det moderne. For det andre ønsker jeg i min analyse, med utgangspunkt i Butlers performative kjønnsbegrep, å få frem *hvordan* kvinner med bekkenløsning presenterer seg selv og sine plager for å oppnå aksept som virkelig kvinne i en dagsaktuell kontekst. I de Beauvoirs utsagn om at kvinne er en levende

situasjon, ser jeg forbindelseslinjer til Butlers teorier om hvordan kvinnelighet *gjøres*. Begge disse forståelsene av kjønn åpner slik jeg ser det for at kvinnes erfaringer og handlinger ikke kan forstås som essensielle eller fastfrosne størrelser, men er uttrykk for og i samspill med de omgivelser de opererer innefor. I tråd med Rosenbeck er det altså bekkenløsning som en historisk og kulturell konstruksjon jeg primært ønsker å tematisere i denne oppgaven. Med dette utgangspunkt vil jeg i neste avsnitt bevege meg litt vekk fra det historiske perspektivet og heller løfte fram noen begreper som er nær knyttet til forestillinger som preger og rammer inn graviditet i vår egen samtid. Som vi skal se, er vi i dag langt fra den sykeliggjøring som preget 1800- tallets svangerskapsomsorg. Og samtidig er det kanskje noen historiske linjer og paralleller mellom måten kvinner den gang ble møtt og de normene som graviditet og bekkenløsning i dag inngår i.

3.4 Graviditet som moderne livsstilsprosjekt

”Det er første svangerskap. Det er veldig spennende, og det er ønsket. Planlagt.”

Slik åpnet Heidi intervjuet da jeg innledningsvis ba henne fortelle om svangerskapet. Utsagnet er ikke enestående. Alle kvinnene i mitt materiale ga uttrykk for både ønske og glede over å skulle få barn.

I dag kan nemlig reproduksjon ses på som både gjenstand for et bestemt valg, og noe som samtidig inngår i kvinnens mange muligheter for selvrealisering. Vitenskapelige framskritt, som for eksempel prevensjon, er selvsagt avgjørende for at dagens kvinner i mindre grad enn tidligere blir styrt av kroppen og naturen (Giddens 1996).

Graviditeten kan dermed ses på som et mer bevisst valg fra den enkelte kvinne. Til forskjell fra tidligere generasjoner, står kvinner i dag fritt til å velge *om* eller *når* de skal få barn. Denne forskyvningen fra ”skjebne” til ”valg” er, i likhet med mange andre arenaer, blitt en del av kvinnens moderne liv. Dette poenget understrekes i NOU: Kvinner helse i Norge: *”Alt fra økt utdannelse, økt økonomisk selvstendighet og økt grad av selvbestemmelse over graviditet og abort må ses i sammenheng i*

kvinnens valgfrihet til reproduksjon ” (1999:13, s.17). Graviditet kan dermed ses på som en bevegelse fra reproduksjon til et moderne livsstilsprosjekt.

Dette er i tråd med hva Ravn (2004) skriver om i sin antropologiske avhandling *”En kropp: To liv. Svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen - en antropologisk analyse”*. Her viser hun hvordan graviditeten vektlegges som ”noe i seg selv”(ibid). Det betyr at graviditeten i større grad enn tidligere fremstår som noe langt mer enn en vei mot moderskapet. Ravn(2004) viser også hvordan forholdet mellom mor og foster har endret seg, som en del av denne kulturelle forandringen. Mens fokus tidligere var rettet mot den gravide kvinnen, kan man i dag se en dreining mot fosteret, som nærmest fremstår som barn lenge før fødselen (ibid). Satt på spissen betraktes mor i økende grad som barnets ”fysiske omgivelser”(Fredriksen 2001). Mitt materiale tyder på at denne dreiningen gir bestemte føringer for kvinnens livsførsel som gravid. Dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

Måtene kvinnene i min studie snakket om den gravide kroppen på, gjorde meg nemlig nysgjerrig på hvilken betydning graviditet har i kvinnes liv, og hvordan den har forandret seg gjennom tidene. Ved hjelp av modernitetsteoretikerne Anthony Giddens og Ulrich Bech ga det meg nye muligheter til å forstå hvordan opplevelsen og håndtering av bekkenløsning er vevd sammen med det å være kvinne i det moderne. Kort fortalt har disse teoriene en ambisjon om å gi en fortolkning av sosiokulturelle fenomener som kjennetegner det moderne samfunn vi lever i (Aakvaag, 2008). Særlig forsøker disse teoriene å påpeke ”patologiske ” samfunnstrekk som makt og dominans, som kan finnes i det skjulte kulturelle og institusjonelle (ibid). Videre satte det meg på sporet av tre begreper som jeg vil utdype i det neste, nemlig risiko, skam og normalitet.

3.4.1 Risiko

Giddens (1996) og Beck (1997) hevder at det senmoderne samfunnet er preget av det de kaller en risikokultur.² Et vesentlig skille mellom den tradisjonelle og den moderne risiko, ligger i at den moderne risiko er sosialt konstruert. I det ligger det at den moderne risiko er menneskeskapt. Farene vi nå utsettes for, gjelder menneskets inngripen i naturen, og ikke naturens farer ovenfor mennesket. Ifølge Beck (1997) er den moderne risiko global, og den er ofte skjult og usynlig. Et eksempel er hvordan mijøgifter er et faktum, men lite synlige i vår hverdag. Disse trekkene betegner Beck som risikosamfunnets objektive sider.

Becks (1997) teorier om risiko har også en subjektiv dimensjon. Denne dimensjonen kan ikke forstås isolert, men må ses i lys av de objektive dimensjonene skissert ovenfor. De subjektive sidene ligger hvordan enkeltindividet forstår og forholder seg til verden. Ny teknologi og informasjonsflyt gjør at vi som individer konstant må forholde oss til og forvalte en overveldende strøm av informasjon. Handling vil alltid innebære en form for risiko, ved at individet aldri kan forsikre seg hundre prosent om at beslutningen er sikker og riktig, og at det ikke vil gå galt. Å være individ i det moderne, tvinger oss likevel til å handle, men dette vil altså være forbundet med usikkerhet. Man kan dermed aldri helgardere slik at valget blir risikofritt. Vi blir ansvarliggjort for våre handlinger.

Et eksempel som utdyper dette perspektivet er hvordan synet på sykdom har utviklet og forandret seg. I tidligere tider ble sykdom forstått som en guddommelig straff (Søvik, 2001). I den kristne tro ble sykdom en nødvendig konsekvens av syndige handlinger. Religion og magi ble tidligere altså brukt til å gi svar på usikkerhet og risikable aktiviteter. Slik kunne risikoen skjules av en relativ sikkerhet (ibid).

² Beck tolker denne risikoen i en mer pessimistisk fremtidsutsikt enn det Giddens gjør. I Giddens teorier ligger det større grad av frihet og handlingsrom, men Beck på sin side hevder at flere muligheter ikke nødvendigvis gir større handlefrihet. Mens Giddens mener at i den moderne risiko kan det ligge, mener Beck at vi ikke nødvendigvis har mer handlefrihet.

En annen måte å forstå den moderne risiko på er å anvende Giddens begrep om ontologisk sikkerhet. I perioder av livet vil det Giddens (1996) betegner som skjebnesvangre øyeblikk, true den ontologiske sikkerheten. Kort fortalt dreier ontologisk sikkerhet seg om å ha en opplevelse av kontinuitet og orden rundt seg. Det betyr at den ontologiske sikkerheten er en forutsetning for at mennesket kan oppleve en følelse av stabilitet i hverdagen. I noen faser av livet vil likevel opplevelsen av ontologisk sikkerhet svekkes ved at den stabile følelsen av selvidentitet trues. Dette kan være omveltninger i livet som for eksempel å skifte jobb, flytting, alvorlig sykdom eller ved skilsmisse. Ser vi graviditet og det å skulle få barn i dette perspektivet, kan det anses som en svekkelse av den ontologiske sikkerheten.

3.4.2 Skam

Et annet begrep som jeg ønsker å bringe med inn i analysene mine, er skam. Her er også overgangen fra tradisjonelle til moderne samfunnsforhold viktige. *”Skam – perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne”* er tittelen på boka hvor Wyller et al.(2001) tar for seg skammen i det moderne. Her beskriver blant andre Frønes (2001) hvordan den moderne skammen, til forskjell fra den tradisjonelle, hviler på enkeltindividets evner og karaktertrekk, og hvordan den oppleves og korrigeres i relasjon til omgivelsene. Eller som han sier;

”Min skam er basert på sosiale relasjoner. Skammen forstås gjennom de andre eller gjennom forestillinger om de andre; den moderne skam er vevet inn i moderne sosial identitet (). Moderne skam har beveget seg fra familie, slekt og tradisjoner til identitet og selvbylde” (Frønes, 2001, s.69).

Det hypermoderne samfunnet gir altså større valgmuligheter, men også flere utfordringer. Du står på en og samme tid fritt til å skape deg selv, samtidig som friheten til å velge kan oppleves som en plikt du må gripe fatt i (Wyller 2001). Manglende handlekraft i mulighetens univers, kan bringe inn den personlige skamfølelsen. Den moderne skammen, eller retter sagt det å unngå den moderne

skammen, handler om å gripe fatt i og velge de riktige mulighetene som finnes der ute (ibid). Dette peker mot fenomenet ære, skammens motsetning.

Ifølge Frønes (2001) består skam og ære av to komponenter; en kulturell og en selvopplevd. I den kulturelle komponenten er det konteksten som bestemmer hvorvidt det handler om ære eller skam. Kulturens kompleksitet gir ikke nødvendigvis klare retningslinjer for hva som kan bringe skam eller ære. Tvetydige kulturelle kodekser kan utgjøre en opplevelse av risiko, som igjen kan medføre en kontinuerlig redsel for å befinne seg i en skamsituasjon (Skaarderud, 2001). Selv om det er enkeltpersonen som gjør noe skammelig er det andres reaksjoner på handlingen som skaper skam. Skamfølelsen oppstår og opprettholdes gjennom motsetningsforhold mellom selvideal og realisering (ibid). Skammen berører også skillet mellom det offentlige og det private. Det å presentere det private offentlig, er en hypermoderne kunstart (Frønes, 2001). At det private gjøres offentlig, betyr å bevege seg i et tvetydig landskap mellom det skamløse og det skambelagte. Skammen kan oppstå gjennom en opplevelse av å være avkledd, gjennom å vise sider ved seg selv som en ønsker å holde skjult for omverdenen (Wyller, 2001)

3.4.3 Normalitet

Det tredje begrepet mine analyser er fundert på, er normalitet. Boka ”Normalitet” (Hylland Eriksen et al. 2006) belyser normalitetens mangfoldige meningsinnhold. Overordnet kan man si at budskapet er at dikotomiene normalt og unormalt, i likhet med risiko og skam, verken er universelle lover eller ahistoriske fenomener, snarere noe som er foranderlig gjennom historiske epoker og på tvers av ulike kulturer (ibid). Normalitetens rammer er altså verken evigvarende eller homogene. Hylland Eriksen bruker blant annet Meads forskning for å belyse dette. Mead har i flere bøker beskrevet livet på øyene Samoa og Ny-Guinea. I sine studier om seksualitet, kjønnsroller og barneoppdragelse viser hun at det som oppfattes som ”normale” leveregler i det ene samfunnet, kan være helt annerledes enn hva som

oppfattes som ”normalt” i det andre studiet av disse to samfunnene til viser altså at det er store variasjoner i hvordan livet utspilles og blir fortolket.

Solvang (2006) utdyper dette ved å si at vi mennesker streber etter å definere hva som er normalt eller unormalt. Denne streben er et uttrykk for at vi mennesker trenger en sosial orden. Solvang kaller dette for *omfavnelsen av normalitet*. Han sier blant annet:

”Normaliteten som kraft finner vi etterspurt både i form av nye normer som setter annethet og diversitet i system, og i former som viser til forestillinger om at normaliteten representerer en besinnelse på den febrilske streben i et samfunn uten grenser for hva som kreves av oss” (2006, s.183).

Solvang (2006) tar for seg tre ulike måter å anvende begrepet normalitet på. Den første måten referer til normalitet som en statistisk definisjon, hvor den inngår som en av flere statistiske størrelser. I den andre definisjonen henviser han til medisinen. Å være frisk er det som anses for å være normalt, mens å være syk blir sett på som unormalt. Sykdom blir da gjort til gjenstand for normalisering gjennom tilfriskning eller helbred. Den siste definisjonen refererer til normalitet som en normativ størrelse. Det vil si at noe at livene våre leves etter et sett av samfunnsregler som blir ansettsom normale. Det henspiller på samfunnets kulturelle normer for hva samfunnet oppfatter som en god eller dårlig levemåte.

Når jeg nå går videre med å presentere analysen, er det med utgangspunkt i denne kontekstualiseringen og dette teoritilfanget som jeg har valgt å lese min empiri ut ifra.

4. Bekkenløsning –fra smerter i graviditeten til diagnosen bekkenløsning

I dette analysekapittelet vies informantenes sykdoms - og graviditetshistorier plass. Med utgangspunkt i disse beretningene vil spørsmål som 'hva er sykdom?', og 'hvordan gjøres sykdom?' løftes fram. Analysekapittelet er organisert i fire deler. Første del tar jeg for meg hvordan kvinnene opplever starten på plagene, og usikkerheten de opplever rundt forståelsen av sin egen graviditet. Videre analyser jeg måtene informantene snakker om den vonde kroppen på, og hvilken betydning disse måtene har for forståelse av kropp og sykdom. I tredje del drøfter jeg informantenes erfaringer som gravide med bekkenløsning i møtet med helsevesenet. Siste del tar jeg for meg hvordan diagnosen bekkenløsning kan gi informantene en opplevelse av både makt og avmakt.

4.1 Hva kan det være?

Et gjennomgående tema i mitt materiale er usikkerheten rundt hvordan den gravide kroppen skal forstås. Usikkerheten handler om hvorvidt bekkensmertene skal fortolkes som normale eller unormale. Dette blir særlig aktualisert når de kjenner smerter fra bekkenet. Mettes utsagn er toneangivende;

Først var det kvalmen, og så etter det, så begynte jeg å kjenne at jeg var litt sånn sliten i ryggen som sannsynligvis var bekkenet, men ikke noe mer enn at jeg tenkte det var normalt. Jeg hadde jo aldri vært gravid før.

Slik jeg leser Mettes utsagn spesielt og materialet generelt, har ingen av kvinnene forventninger om et helt "problemfritt" svangerskap. Snarere tvert imot, erkjennes det at graviditet medfører en rekke "normale" svangerskapsplager. Eller som Heidi sier:

Jeg tror ikke jeg hadde så urealistiske tanker om at alt skulle være en rosa sky. Jeg hadde jo møtt gravide, og vet at det ikke er fint for alle.

Slik jeg tolker disse utsagnene er de i stor grad tråd med hvordan graviditeten fremstilles i svangerskapslitteraturen. Svangerskapsbøkene skisserer nemlig en rekke symptomer som anses som "naturlige" svangerskapsplager. Eksempler på dette er kvalme, halsbrann, brystømheter, hevelser, ryggsmarter og bekkenløsning (Nylander 2002). Bekkenløsning blir altså nevnt som en 'naturlig, svangerskapsplage. Likevel uttrykker kvinnene i materialet stor usikkerhet når de kjenner tiltagende smerter i bekkenet. De blir usikre på hva de skal forstå som normale bekkenplager og hva som skal til for at disse gyldiggjøres som unormale. Når dette er sagt viser likevel materialet at informantene kommer til noe som kan arte seg som et vendepunkt, et punkt hvor de blir overveldet av en følelse av at smertene *er unormale*. Dette sier Heidi noe om;

Jeg hadde vondt for å bevege meg på jobb. Jeg hadde vondt når jeg satt, når jeg gikk. Det var spesielt en dag på vei hjem fra jobb, jeg måtte stoppe og ta pauser hele tiden. I forhold til hvordan jeg hadde hatt det før, så skjønnte jeg at dette ikke kunne være normalt. Jeg fungerte jo ikke i det hele tatt.

Går vi tilbake til Mettes utsagn *Jeg har jo aldri vært gravid før* kan det forstås som at det å være gravid for første gang er helt ny og ukjent opplevelse. Det ukjente innebærer en usikkerhet om hva hun skal forvente seg som gravid. Man må altså forholde seg til kroppen på en ny måte. Slik sett kan kroppen oppleves som annerledes eller fremmed.

Svenaesus har analysert sykdom hvor han beskriver *tilsykning som en kroppslig fremmedgjøringsprosess* (Svenaesus, 2007). Hans fenomenologiske tilnærming beskriver sykdom som en prosess i ulike lag. Sykdom spenner seg fra et snikende kroppslig ubehag, til det som kan ende opp som en diagnose når de kroppslige endringene blir tydelige nok. Fremmedgjøringen handler ikke bare om en kroppslig prosess, men preger også hele livet (ibid). Slik jeg ser det kan bekkenløsning også forstås som en slik fremmedgjøringsprosess. Både kroppen og livsbetingelsene er i endring. Likevel er det trolig noe som skiller bekkenløsning fra annen sykdomsutvikling. Gravide kvinner må, til forskjell fra andre i en tilsykningsprosess,

forvente seg en kropp i forandring som preges av ”normale” svangerskapsplager. Det er dette som kan gjøre bekkenløsning vanskeligere å tolke enn annen sykdomsutvikling og som kan underbygge usikkerheten kvinnene i materialet uttrykker.

Hovedpoenget her er å skissere konturene av en graviditetsdiskurs som synes toneangivende i vårt samfunn, nemlig en forestilling av svangerskapet som enten ’normalt’ eller ’unormalt’. Slik jeg ser det er det denne diskursen Mette og Heidi forsøker å posisjonere seg innenfor. Som blant andre Solvang har pekt på (2007) har skillet mellom normalitet og avvik har vært en av medisinsens viktigste oppgaver, og dermed kan ses på som et vesentlig kjennetegn ved en biomedisinsk diskurs om kropp og sykdom. Normaliteten er blitt avgrenset i et skille mellom syk og frisk, hvor biologien har fått avgjørende betydning i kunnskapen om menneskekroppen. Det er innenfor en slik fortolkningsramme kvinnes graviditetsfortellinger må betraktes. Forholdet mellom den ’naturlige’ og den ’unaturlige’ graviditeten tegnes opp med klare skiller, som et enten – eller - forhold. Når kvinnene erfarer graviditeten og tiltagnede smerter i bekkenet, blir dette en vanskelig måte å forstå kroppen på. Forklaringsrammen er vanskelig å forholde seg til fordi symptomer på bekkenløsning har uklare grenser og mange likhetstrekk med de mer trivielle hverdagsplager som oppstår under graviditeten. Kvinner med bekkenløsning kommer derfor i en særegen mellomposisjon. Graviditet og bekkenløsning kan dermed fremstå som en form for grensefenomen i forhold til biomedisinsens forståelse av det å være frisk eller syk, det normale og det unormale.

Et nærliggende aspekt å knytte denne diskusjonen sammen med er ’risiko’. Et svangerskap er preget av en periode med kroppslige forandringer og endrede livsbetingelser. Det kan dermed forstås som det vi ved hjelp av Giddens(1996) kan betegne som et ’skjebnesvangert øyeblikk’. Et slikt ”skjebnesvangert øyeblikk” kan senke opplevelsen av kontroll og intensivere opplevelsen av risiko. Gjennom en refleksiv prosess er den gravide hele tiden tvunget til å forhandle og reforhandle sin egen biografi som gravid. Det vil kunne bety en forhandling om hvorvidt kroppens

forandringer skal forstås som en normal svangerskapsplage, eller om dette er en ny trussel eller risiko hun må forholde seg til og reagere på. Kravet om kontroll og mangel på kontroll oppstår på en og samme tid, hvor ansvar og kontroll over egen helse blir påtrengende for den gravide selv. I dagens samfunn med kontinuerlig tilgang til ny kunnskap vil den gravide stå overfor et hav av informasjon som hun hele tiden må vurdere og forholde seg til. Jakten på objektiv, nøytral kunnskap kan medføre at den gravide stoler mindre på egne subjektive vurderinger og kroppslige erfaringer. Graviditeten kan dermed oppfattes som en helt spesiell hendelse eller opplevelse i kvinnens liv, hvor hennes selvforståelse blir satt på prøve.

4.2 Bekkenløsning –rusk i maskineriet?

Biomedisinens dominerende posisjon i vestlig medisin påvirker altså hvordan vi språkliggjør kropp og sykdom, slik det er nevnt i forrige avsnitt. Først og fremst kommer dette til uttrykk gjennom en tingliggjøring av kroppslige symptomer. Det vil si at denne måten å snakke om bekkenløsning på, kan forstås som om det finnes 'noe' som kommer utenfra og plasserer seg som en sykdom i kroppen. Med dette menes det at vi kulturelt forestiller oss at bekkenløsning finnes som 'noe' i seg selv, løsrevet fra kvinnens tids- og livskontekst. I dette avsnittet vil jeg se nærmere på hvordan denne forståelsesformen forsterkes gjennom en språkbruk med åpenbare metaforer hentet fra mekanikken. Jeg begynner med Anne og hennes refleksjoner omkring det å få plager i bekkenet

*Jeg trodde bekkensmerter bare var under foran, men at nederste ryggvirvel, på en måte nede ved halebein at det kunne være bekken, det falt meg ikke inn der og da.(
)Men så var det egentlig mye seinere at jeg skjønnte at dette var bekkenløsning og da begynte jeg å lese i bøker.*

Annes utsagn viser tydelig hvordan sykdom blir beskrevet som 'noe' som kommer å setter seg i kroppen. Hvilke konsekvenser har denne måten å omtale kropp og sykdom på? Ifølge sosiolog Album er sykdomsspråket et begrepsapparat som hjelper oss til å

tenke og uttrykke oss om sykdom (Album 1996). Ved å betrakte sykdom som et objekt eller et utvendig fenomen, kan det bidra til å besvare spørsmål som: ”*Hva har hendt meg?*” (ibid, s.165). Det er altså en forestilling om at det finnes et fenomen, en sykdom, som eksisterer i pasienten, uavhengig av hva slags oppfatning den syke selv har av tilstanden (ibid). Språkuttrykket kvinnene bruker forteller noe om hvordan de oppfatter sykdom. Kvinnene formidler sin bekkenløsning språklig på en måte som har gyldighet i samfunnet. Fordelen ved å kommunisere ’opplevelsen bekkenløsning’ gjennom et språk som er gangbart for alle, er at de på den måten skaper orden både for seg selv og omverdenen. Men ifølge Album kan en slik språkliggjøring også gjøre den enkelte mer sårbar, fordi den kan stå i veien for andre erfaringer ved det å være syk.

Et kjennetegn ved at sykdom oppfattes som noe utvendig er at kroppen gjerne betraktes som en maskin som er gått i stykker. Slik kan mekanikken ofte leverer bilde til tanken i forsøket på å beskrive plagene. Her forteller Kristin om hvordan hun opplever smertene;

Så utarter det seg ganske utstrålende, stikkende smerter i de to punktene bak på ryggen, og det kan jeg gå med ganske mye. Det føles som en ekstrem stivhet, det er blokkeringer som gjør at jeg ikke fikk reist ryggsøylen min opp.()Når det blir verre så setter det seg over symfyisen og da blir den sånn vedvarende Når jeg skal forklare det for venninner er det akkurat som om noen har slått deg med en hammer på skambeinet, med den ekstreme ømheten over symfyisen, den er kronisk når den først setter seg til.

Når Kristin bruker begreper om kroppen som ’ekstremt stiv’, ’blokkert’ eller ’reise ryggsøylen opp’, kan det lett få oss til å tenke på en maskin som ikke fungerer som den skal. Ifølge Engelsrud (2006), ligger denne måten å snakke om kroppen trolig dypt nedfelt i våre meningssystemer. Kroppen forstått som to deler, den fysiske, objektive, kroppen og den psykiske, subjektive kroppen, har røtter helt tilbake til Descartes. Likeledes blir sykdom enten forstått som en feil i maskineriet, det vil si den objektive kroppen, eller et problem i sjelen eller psyken, den subjektive kroppen

(ibid). Kroppsforståelsen skiller mellom det psykiske og fysiske som en indre og ytre verden. Biomedisinen bygger på en slik forståelse av kropp hvor kroppen skilles i den psykiske og den fysiske. Konsekvensen av dette er at sykdom språkliggjøres som om noe setter seg i og rokker ved kroppens biologi. Dette viser hvordan biomedisinsk tenkning er blitt en del av vårt språk og vår kultur.

Dette kan utypes ytterligere gjennom Heggens(2007) analyse av sykdom og sykdomsbenevning. Gjennom sin analyse av fibromyalgirammede Liv, viser hun hvordan konkrete erfaringer med det å være syk, veves sammen med kunnskap om sykdom som medisinsk diagnose. Analysen viser spennet i Livs sykdom. Fra en start med en lokalisert smerte og et generelt ubehag, ender plagene opp med en diagnose. Det kroppslige ubehaget ender altså opp i en sykdom verbalisert gjennom et abstrakt diagnosespråk. Slik sett flettes Livs erfaringer som syk inn i, og gis mening gjennom begreper som lånes fra medisinen. I likhet Heggens analyser viser informantene i mitt materiale hvordan deres hverdagserfaringer med smerter i bekkenet under graviditeten veves inn i et medisinsk og diagnostisk språk om bekkenløsning. I tråd med avsnittene over får den objektive kroppen og det medisinske språket forrang i måten å snakke om bekkenløsning. Heggen spør hvorvidt det abstrakte diagnosespråket makter å aktivere kroppserfaringer, eller om det tvert imot skaper brudd til dem (ibid).

Her finner jeg det også spesielt relevant å trekke inn Simone de Beauvoir, som hevder at skillet mellom en objektiv og en subjektiv kropp er en utilstrekkelig måte å forstå kropp og kvinne på. Hun tar til ordet for en kropp som verken kan reduseres til en essens eller en sosial konstruksjon når den skal tolkes (de Beauvoir 2000). Denne todelingen styrer hun unna ved å beskrive kroppen som en situasjon. Sånn sett kan vi ved hjelp av de Beauvoir oppsummere med at man ikke kan skille den fysiske og psykiske kroppen fra hverandre, like lite som man kan skille biologi fra kultur eller kultur fra biologi. Det betyr at kunnskapen om den gravide kvinnen og hennes situasjon, og i dette tilfellet kroppslige plager, ikke kan løsrives fra hennes kontekst 'her og nå'. Kroppen er på en og samme tid gjenstand for biologiske, kroppslige prosesser og for menneskelig meningsproduksjon. Ved å opprettholde forståelsen av

kroppen som objekt, som en 'maskin', kan det underbygge en oppfatning om at bekkenløsning bare er en biologisk hendelse i kroppen. Å snakke om kroppen på denne måten kan frarøve den enkelte kvinne viktige erfaringer knyttet til det å ha bekkenløsning som moderne kvinne i dag. Å åpne for betydningen av kulturelle sider ved det å være kvinne i det moderne, det vil si å se betydningen av bekkenløsning ut over biologiske hendelser i kroppen, kan føre videre til forståelse av nye aspekter ved bekkenløsning.

4.3 Kampen om tro(verdighet)³

Som jeg har vært inne på tidligere i denne analysedelen, opplever informantene stor usikkerhet rundt hvordan de skal tolke bekkensmertene som oppstår i svangerskapet. Denne usikkerheten aktiveres på en særegen måte i informantenes møte med helsevesenet. Mette forteller fra et legebesøk tidlig i svangerskapet;

Første del av svangerskapet var preget av kvalme, og allerede tidlig i svangerskapet hadde jeg smerter i bekkenet. Legen sa til meg: du skal huske at det å være gravid er det friskeste en kvinne kan være, man må ikke sykeliggjøre graviditeten. Så det satt veldig langt inne for meg å be om sykemelding.

Hedda: Hva tenkte du når han sa det?

Mette: (ler litt) Nei, hva tenkte jeg da? Han har jo rett liksom, man må jo tåle litt, men samtidig så syntes jeg jo det var litt slitsomt, for jeg hadde det jo helt jævlig.

Slik jeg leser Mettes beretning, gir verken legen, og dermed ikke hun selv, bekkensmertene gyldighet. En subjektiv smerteopplevelse, slik bekkensmerter blir forstått, passer ikke inn i rammene for det legen oppfatter som sykt. Mettes usikkerhet blir dermed vedvarende, hvor smerteopplevelsen handler om å 'måtte tåle litt' som gravid. Plagene kvinnene opplever blir dermed underkjent som 'reelle' plager.

³

Overskriften er hentet fra Werners (2005) doktorgradsavhandling med samme tittel.

Smertefortellingen undergraves som vage og for dårlig knyttet til en biomedisinsk forståelse av hva 'sykdom er'. Manglende bekreftelse på plagene, slik Mette opplever dem, gir en opplevelse av at hun sykeliggjør svangerskapet. Dette sier Hege også noe om:

Følelsen av å gå til legen var jo helt forferdelig. Fordi du ville hele tiden, men så fikk du ikke til. Du blir helt satt ut av spil, og du blir så fortvila. Du syns egentlig ikke at du selv er syk, for det er jo ingen egentlige tegn, du bare føler deg så dårlig hele tiden. Jeg hadde jo ikke sånne ekstreme smerter, men alt jeg gjorde var ekstremt ubehagelig.

Heges subjektive opplevelse av å ha det "ekstremt ubehagelig" kan se ut til å marginaliseres ved at hun føler at hun ikke viser "egentlige tegn" på sykdom. Måten det medisinsk - diagnostiske -systemet er konstruert på, gjør at hennes symptomer forblir usikre.

Som vi har sett tidligere, har graviditet i dag et spesielt kulturelt uttrykk som vises gjennom en intensivert oppmerksomhet mot en selv som gravid, og særlig hvordan oppmerksomheten er rettet mot fosteret (Ravn 2004). Ønsket om å fremstå som ansvarlige kvinner, gjør at gravide kvinner hele tiden er på "allerten" i forhold til fostererts ve og vel. Symptomer som kan oppleves som truende for fosteret, gir en lav terskel for å reagere også oppsøke helsehjelp. Det blir dermed i utpreget grad opp til ekspertsystemene å avgjøre hvorvidt plagene skal tolkes som 'normale' eller 'unormale'. Empirien kan imidlertid tyde på at kvinnenes opplevelser av bekkensmertene fortøner seg annerledes enn andre svangerskapsplager som i større grad kan utgjøre en trussel for fosteret. Man kan stille spørsmål om det er fordi bekkenplager i marginal grad handler om fosteret, men i stor grad om den gravide selv. I så fall kan det se ut til at bekkenløsning i mindre grad handler om å være ansvarlig gravid, men heller om hva kvinnen skal 'tåle som gravid':

Som vi har sett i kapittel tre har Malterud (2001) vist hvordan forståelsen av bekkenløsning defineres som en "ubestemt helseplage". I relasjon til dette perspektivet tar Werner (2005) i sin avhandling for seg hvordan kvinner med kroniske

muskelsmerter håndterer opplevelsen av å være syk i møtet med helsevesenet. Kvinnene i hennes studie opplever kroppslige smerter til tross for at legen ikke finner tegn på sykdom som passer inn i et biomedisinsk sykdomsparadigme. Mangelen på sykdomstegn står imidlertid i kontrast til kvinnenenes egen opplevelse som syke. Dette gapet resulterer i at kvinnene jobber iherdig med å framstå som 'gode' eller 'ekte' pasienter (ibid). Ifølge Werner kan dette forstås som et *"kontinuerlig kjønnnet troverdighetsarbeid"* (2005, s. 39) ved å være kvinne og syk. Anstrengelsene for å gjøre smertene 'reelle' og synelige for omgivelsene, uttrykkes ved å *ikke å fremstå som for sterk, men heller ikke for svak, ikke for frisk men heller ikke for syk* (s. 39). Kvinners egne sykdomserfaringer tilpasses og veves inn i medisinske diskurser om sykdom, kjønn og makt (ibid).

Slik jeg ser det, er det mye i Werners arbeid som er gjenkjennbart i mitt materiale. Informantene streben etter å fremstå som 'reelt' plaget som gravid, kan forstås som et kjønnnet troverdighetsarbeid. I tråd med tidligere avsnitt betyr det at man skal bli trodd på at bekkenplagene er noe mer enn 'normale' svangerskapsplager. For å bli oppfattet som 'reelt' plaget søker både helsevesenet, men også den gravide selv, etter plagenes biomedisinske opphav. Materialet viser imidlertid at kvinnenenes måte å uttrykke sykdom på ikke nødvendigvis passer inn i biomedisinens klassiske sykdomsbilde. Det er kvinnens opplevelse av smerte som vil avgjøre hvorvidt hun får en diagnose eller ikke. Selv om det i dag finnes ulike måter å teste bekkenet på, er et smertefullt bekken altså en subjektiv opplevelse som vanskelig lar seg bekrefte gjennom objektive funn på legekontoret.

I tråd med Werners studie, viser mitt materiale hvordan det gjelder å fremstå som akkurat 'passe' gravid. Hvis man fremstår som 'for' gravid, kan det forstås som om de sykeliggjør vanlige svangeskapsplager. En slik fremførelse og tolkning kan forstås som om kroppens graviditetssymptomer fortolkes som syke istedenfor en 'naturlig' prosess som hører graviditeten til. Når man ikke passer inn som innlysende syk, men bare gravid, må den enkelte kvinne jobbe svært aktivt med å bli forstått som syk. Bekkenløsning blir sånn sett et evig troverdighetsarbeid. Mye tyder på at dette

arbeidet sjelden lykkes helt. Tvert imot ender det ofte med at de selv betviler smertens karakter. Dette viser Heges utsagn;

Du blir preget, ja hele deg blir preget, ja det blir litt sånn psykisk, fordi du blir satt ut fordi du er vant til å fungere normalt, og plutselig, så gjør du ikke det i det hele tatt. Du føler at andre ser på deg og tenker: du er bare lat, hva feiler det deg?

Når kvinnene ender opp med å fortolke plagene sine som psykiske, er disse funnene på ingen måte overraskende. Kvinners plager blir både oftere fortolket som psykiske eller psykosomatiske i møtet med helsevesenet, mens samme plager hos menn blir tolket som somatiske (Malterud 2001). Likeledes kan disse fortolkningene ende opp med at kvinnene selv tror at det skyldes at de er sykelige av seg (ibid).

Informantenes forståelse av seg selv som syk har dermed en helt spesifikk kjønnet betydning som kan utdypes ytterligere. Forskning på kjønn i et folkehelseperspektiv viser at menn og kvinner håndterer egen helse på ulike måter. ”Kvinner lider – menn dør” (Schei og Bakketeig 2007) kan kort oppsummere denne forskjellen. Kvinner bruker oftere helsetjenester enn menn (Mæland og Haugland 2007), selv om denne forskjellen utjevnes når man utelukker helsekonsultasjoner i forbindelse med reproduksjon. Menn har på sin side oftere alvorlige eller livstruende plager når de først oppsøker lege. Ifølge Schei og Sundby (2007) kan dette forklares ved ulik helseadferd hos kvinner og menn. Kvinner har i større grad enn menn en bevissthet rundt egen helse. Men det kan også avspeile typiske sider ved den kvinnelige sykerollen, hvor det er det mer forenelig med den tradisjonelle kvinnerollen å vise sårbarhet og søke hjelp (ibid).

Sett i et idehistorisk perspektiv kan vi dermed spørre oss om vi kan se noen spor av 1800-talls diskursen og dens forestillinger omkring den kvinnelige sykerollen. Som vi har sett tidligere i oppgaven, brukte kvinnen rollen som syk for å få bekreftelse på sin kvinnelighet (Johannisson 1996). I denne rollen ble kvinnen fremstilt som svak og skjør. Til forskjell fra mannen ble kvinnens lidelser tolket som mer generelle, vage og utflytende, mens mannens lidelser ble oppfattet som lokaliserbare og avgrensede (ibid). Slik jeg leser mitt materiale, ser jeg altså klare tendenser til at kvinnene både

oppfatter seg selv og blir oppfattet som 'lite konkrete' i sin sykdom. Dette kan vise hvordan stereotype forestillinger om det kvinnelige og det mannelige opprettholdes i dagens helsediskurs, hvor nettopp kvinners symptomer lettere blir fortolkes som psykiske enn menns helseplager (Johannisson 1996). Slik opprettholdes kulturelle forestillinger om kvinnen som svak og mindre tydelig enn mannen. Mitt materiale inneholder likevel klare indikasjoner på at det er vanskelig for kvinnene å identifisere seg med en slik rolle, og trolig strider dette mot ønsket om å være selvstendig, moderne kvinne. Dette vil jeg komme tilbake til i neste analysekapittel, men først vil jeg utdype hvordan forestillinger om sykdom og kjønn er virksomme i diagnosen bekkenløsning.

4.4 Diagnosen bekkenløsning – mellom makt og avmakt

Jeg har tidligere i denne analysedelen vist at kvinner som får plager i bekkenet uttrykker stor bekymring og usikkerhet med hensyn til 'hva dette er' og 'hvor det kommer fra'. Dette er trolig med på å forklare en annen tydelig tendens, nemlig lettelsen de føler når de har fått diagnosen bekkenløsning. Slik jeg tolker dette, handler det om at diagnosen gir dem en form for anerkjennelse om at dette er mer enn "normale svangerskapsplager". Diagnosen legitimerer med andre ord at plagene er "unormale". Likevel skinner det igjennom lettelsen ved å ha fått diagnosen, at det også er blandet med nederlagsfølelse for eksempel i form av skyld og skam. Hvordan dette konkret kommer til uttrykk, vil jeg komme tilbake til i neste analysekapittel. Her vil jeg først og fremst vise, gjennom Hege og Kristin sine fortellinger, hvordan diagnosen bekkenløsning kan være bærer av et dobbelt budskap og kan gi en opplevelse av makt og avmakt. Hege uttrykker lettelse når hun får bekreftet at hun har bekkenløsning.

Første gang ville de teste meg med ulike tester av bekkenet. Jeg ble livredd for at testene skulle konkludere med at dette ikke er bekkenløsning. Så jeg ble veldig glad når hun sa at jeg hadde alle symptomene på at det var bekkenløsning, at jeg hadde bekkenløsning. Det var jo litt godt å vite.

At Hege syntes det var godt å få et 'konkret bevis' på sine plager, er ut fra det jeg tidligere har skrevet ikke veldig overraskende. Sett fra et mer overordnet perspektiv, er imidlertid denne lettelsen del av et større og tvetydig samfunnsløfte. Lian belyser medikaliseringen slik den fremstår i moderne vestlige industrisamfunn (Lian 2006). Medikalisering har hatt en stor påvirkning på vår normalitetsoppfattelse av hva som er friskt og sykt. Hun peker på medikaliseringens tvetydige ansikt; "*Medikaliseringen innebærer at flere syke har blitt hjulpet, samtidig som flere friske har blitt sykeliggjort*". Mangfoldet av utfordringer man står overfor i det moderne, er blitt medisinenes anliggende (Lian 2006). Hun eksemplifiserer med hvordan samlivsproblemer skapt i familiesystemet, slitasjeskader i muskler og skjelett skapt av ensidige arbeidsstillinger, og økte krav til effektivitet i arbeidslivet, problemer skapt av økonomisk og sosial ulikhet og så videre, er blitt medisinenes anliggende (ibid). Med dette viser hun hvordan samfunnsproblemer blir skjøvet over på den enkelte, og som enkeltpersonen søker løsningen på innenfor helsevesenet. På en måte blir helsevesenet enkeltindividets advokat, som skal forsvare det mot samfunnsskapt utfordringer. Å bli innlemmet i den diagnostiske verden er et løfte om at medisinen jobber seriøst med saken (ibid).

Kvinnekroppens reproduktive prosesser er også innlemmet i en medikalisert verden. Dagens svangerskapsomsorg blir hovedsakelig forvaltet innenfor helsetjenesten og helsevesenets hegemoni over svangerskapet har som beskrevet tidligere dype røtter. Den har tilstrebet og til dels sørget for at graviditet og fødsel er tilnærmet uten medisinsk risiko. Det vil si at sannsynligheten for å bli alvorlig syk eller dø når man er gravid, er svært liten i vestlige samfunn. Dette er viktig og har hatt stor betydning for kvinners helse. Men denne situasjonen kan gjøre at personlige graviditetserfaringer blir vridd i spesielle retninger. Det er i et slikt lys jeg mener vi må forstå Heges utsagn om at "*Det var jo litt godt å vite*". Når kvinnene får smerter i bekkenet, blir helsevesenet hennes naturlige alliansepartner, i stedet for å søke etter løsninger innenfor andre systemer i samfunnet. Diagnosen bekkenløsning utløser sosiale rettigheter som for eksempel sykemelding, men mer generelt gir den også rett til omsorg som gravid. Slik sett kan diagnosen gi en opplevelse av makt. Men

diagnosens medalje har også en bakside. Dette tydeliggjøres i min empiri og kan eksemplifiseres gjennom Kristins utsagn:

Jeg kan jo føle at det stilles spørsmålstegn ved min troverdighet på en måte. Det ligger kanskje mest i mine egne fortolkninger Men følelsesmessig så treffer det jo meg helt klart. Man blir lei seg når man må forsvare ovenfor lekfolk at man har fått en diagnose og er syk. Man blir jo lei seg når en blir sett på som sykelig, at man ikke tåler så mye.

Utsagnene i til Hege og Kristin mener jeg er gode eksempler på diagnosens janusansikt. På den ene siden uttrykkes det en lettelse av å være anerkjent som syk, på den andre side er det en opplevelse av at det stilles spørsmål ved om dette er 'reell' sykdom, eller om det er en sykeliggjøring av svangerskapet. Slik jeg tolker dette, henger det muligens sammen med at lekfolks oppfatning og forståelse av sykdom noen ganger er mer essensialistisk og mekanistisk enn blant helsefagenes profesjonsutøvere. Slik sett spores en opplevelse av avmakt, og kvinnes kamp om troverdighet fortsetter også utenfor legekontoret.

Diagnosesystemet gjenspeiler med andre ord på sett og vis en samfunnskonsensus om hvordan sykdommen rangeres. Dette har Album (1991) undersøkt gjennom å se på hvordan ulike diagnoser får ulik status i samfunnet. Han framhever kjønn som en vesentlig faktor for å fastslå sykdommens prestisje. Typiske kvinnesykdommer som for eksempel fibromyalgi scorer lavt til forskjell fra for eksempel hjerteinfarkt, som er en typisk mannsykdom, og scorer høyt. Videre er en presis objektiv diagnostisering og klare årsakssammenhenger også viktige kriterier for å score høyt på prestisjelisten. Kvinner med bekkenløsning befinner seg altså i en situasjon hvor plagene har lav status og symptomene er lite anerkjente.

Werners (2005) forskning tyder på det samme. Hun viser til hvordan kvinners helseplager i større grad enn menns blir kategorisert som ubestemte. Det betyr at de oftere blir fortolket som psykosomatiske til forskjell fra menns plager som rubriseres som somatiske (ibid). Menns plager blir altså oftere diagnostisert med sykdomsdiagnoser, mens kvinner oftere får symptomdiagnoser (ibid). Det at kvinner

oftere får denne type diagnoser, hevder Werner *ikke nødvendigvis et uttrykk for faktisk sykелighet* (2005, s. 20), men heller et uttrykk for at diagnosen er ladet med kjønnede betydninger. Det er mye som kan tyde på at diagnosen bekkenløsning er ladet med kjønnede betydninger hvor kvinnen forblir svak og sykelig. Slik sett er vi kanskje tilbake til Johannisson og hennes utlegginger om kjønn og sykdom. Dette mønsteret harmoniserer i stor grad med Johannisson og hennes idehistoriske utlegginger om forholdet mellom kjønn og sykdom.

5. Forestillinger om “bekkenløsningskvinnen”

I dette analysekapittelet skal jeg ta for meg forestillinger mine informanter har hatt om kvinner med bekkenløsning både før og etter de selv opplevde seg plaget. Et sentralt funn i denne sammenhengen er det jeg har valgt å kalle ”bekkenløsningskvinnen”. Jeg har altså prøvd å løfte frem ”bekkenløsningskvinnen” som en kulturell representasjon kvinnene i mitt material forholder seg aktivt til når de skal fortolke egne kroppslige erfaringer.

5.1 Bekkenløsning – for de tykke og de late?

Informantene setter gjentatte ganger forestillinger omkring fenomenet bekkenløsning i relasjon til ’bestemte’ type kvinner. Her forteller Mette;

Jeg hadde lest veldig mye i svangerskapslitteraturen, utenom det som sto om bekkenløsning. Jeg var sikker på at det kom jeg ikke til å få, fordi jeg trodde at det var det overvektige damer som fikk.

Mette setter bekkenløsning i relasjon til overvekt. Det gjør at hun ikke identifiserer seg med ”bekkenløsningskvinnen”, slik hun hadde sett henne for seg. Dette sier Anne også noe om;

Jeg tenkte først at du gikk sakte, brukte krykker, gikk og stønnet litt. Ofte hadde jeg tenkt at de er kjempefjelle og utrente. Jeg leste i et blad da jeg gikk gravid at det var bra med trening, for så og så stor andel av de som trener får ikke bekkenløsning, og de som ikke trener, de får. Så ble jeg litt sint. Det er jo derfor man ikke trener, fordi man har bekkenløsning. Så jeg følte veldig på det at det var de som ikke trente som fikk bekkenløsning og at de derfor var skyld i det selv.

I likhet med Mette tyder Annes utsagn har hun sett for deg ”bekkenløsningskvinnen” som tykk. I tillegg hadde hun tenkt at de var utrente. Når hun selv opplever plager i

bekkenet blir imidlertid egne og andres holdninger vanskelig å forholde seg til. Annes plager er av en slik karakter at hun ikke klarer å trene. Manglende trening gir henne en opplevelse av at omverden mener hun har seg selv å takke for plagene hun har. Guro relaterer også bekkenplagene hun sliter med til manglende trening og overvekt;

Jeg gjorde meg noen tanker mens jeg gikk gravid med nummer to. Mellom de to svangerskapene fikk jeg ikke vært i bevegelse som jeg var før første graviditet, så jeg var nok både utrent og tyngre enn jeg pleier. Jeg hadde kanskje ikke grunnlaget i forhold til dette her da.

Som vi ser har Guro en forståelse av at bekkenplagene i hennes andre svangerskap nettopp kunne skyldes for lite trening og økt kroppsvekt. Hun manglet altså, ifølge henne selv, *grunnlaget* for å gjennomføre et svangerskap. Guros tanker handler om det samme som Mette og Annes forestillinger om ”bekkenløsningskvinnen” som tykk og utrent. Mine informanternes utsagn kan tyde på at det finnes en allmenn oppfattelse om at bekkenløsning er et resultat av hvorvidt man er veltrent eller ikke.

Ifølge Engelsrud (2007) passer begrepene trening og helse som hånd i hanske. Treningsdiskursen benyttes i stor grad av ulike ekspertsystemer, og trening anbefales som et helsefremmende tiltak (Engelsrud 2007). Motsatt oppfattes passivitet og overvekt i vårt samfunn ofte som helseskadelig og sykdomsfrembringende. Fedme fremstilles både av helsemyndigheter og medier, som en av de største helsetrusler i vår tid. Fedme gir for eksempel økt risiko for hjerte- og karsykdommer, samt en rekke belastningslidelser. Det samme gjelder også for gravide kvinner. Overvekt settes i relasjon til risiko for svangerskapsdiabetes og til kompliserte fødsler som følge av store barn.

Engelsrud (2006), beskriver også hvordan vekt og trening knyttes opp mot begreper som viljestyrke, kontroll og disiplin. Dette ser vi eksempler på fra forskning om erfaringer hos overvektige, som viser hvordan disse opplever at andre stempler dem som late og mener at overvekten skyldes manglende kontroll (Rugseth og Engelsrud 2007). Med utgangspunkt i mitt eget materiale mener jeg vi kan se tegn til hvordan

bekkenløsning er blitt del av en slik kulturelt betinget opptatthet av kroppen; et moralsk anliggende som viser hvem du egentlig er. Når informantene relaterer bekkenløsning til vekt og trening, innlemmer de samtidig bekkenløsning inn i noen mer allmenne kulturelle forestillinger om ”de tykke” og ”de utrente”. Manglende vilje og kontroll, at man har latt seg rive med og spist for to, fører ikke bare til at du ender om som tykk gravid, men knyttes direkte til bekkenløsningsplagene. Tykke gravide eller kvinner med bekkenløsning assosieres altså med viljesvakhet, i motsetning til en tynn og sprek gravid kropp som gjenspeiler sunnhet.

I lys av hvordan kvinnen ansvarliggjøres kroppslig under graviditeten, slik at graviditeten fremstår som et moralsk ansvar overfor henne selv, og ikke minst barnet hun bærer, tyder mitt materiale på at kvinnene føler dårlig samvittighet for plagene de har fått. Den dårlige samvittigheten bunner i en opplevelse av ikke å ha tatt vare på kroppen slik hun burde. Sett i dette perspektivet blir ikke bekkenløsning en *skjebne* som tilfeldigvis rammet deg, slik sykdom gjerne ble oppfattet tidligere (Søvik, 2001). Det handler om hvordan *du* har forvaltet kroppen og svangerskapet.

Det er her spesielt relevant å bringe inn skambegrepet. Mens skam før dreide seg om synlige stigma, som brudd på en tradisjonell sosial kontroll, (Frønes, 2001) er, som jeg tidligere har vist, den moderne skammen i dag i stor grad forbundet med forventninger om selvrealisering. Moderne former for selvrealisering handler om valg og muligheter, og skammen handler om at man ikke har maktet å gripe fatt i de mulighetene som ligger foran en (ibid). Skammen blir i et slikt selvrealiseringsperspektiv nær knyttet til disiplin og selvkontroll. Igjen blir kroppen et synelig bevis på om du har lyktes eller ikke (Skaarderud, 2001). Går vi tilbake til mitt materiale, kan Guros utsagn om *manglende grunnlag* leses som en moderne skamfortelling ved at hun opplever å ha forsømt mulighetene til å ha en best mulig graviditetshelse. Å få bekkenløsning kan følgelig oppleves som et nederlag.

Hva skjer når bekkenløsning ikke kan forstås som en skjebne, men snarere om et valg av livsstil? På bakgrunn av kvinnenenes historier er det grunnlag for å tro at det i stor grad handler om å gjøre det rette, eller å minske risiko for eventuelle

svangerskapsplager. Å redusere risiko i det moderne betyr, ifølge Beck (1997) og Giddens (1996) at ansvaret er skjøvet fra storsamfunnet og over på enkeltindividet. Å ta vare på kroppen gjennom trening og sunt kosthold, kan dermed i dag oppfattes som et krav til den enkelte om selv å unngå risiko for sykdom og komplikasjoner under graviditeten. Man må både ha god innsikt i egen kropp og fysikk og til enhver tid ha oversikt og kontroll over alle de muligheter som finnes.

Dette handler ifølge Beck (1997) om at flere uløste problemer produserer nye trusler. Risikosamfunnet gir nemlig ikke entydige svar, kun ny kunnskap som krever kontinuerlige valg (ibid). Slik jeg ser det gjennom mine informanter, råder det en oppfatning om at det å være gravid er et “identitetsprosjekt”; det er opp til kvinnen selv hvordan hun ønsker å fremstå som gravid. Den gravides helse er dermed ikke noe evig gitt størrelse. Den er snarere blitt et prosjekt som både er en del av og resultat av refleksiv viten, det vil si en kontinuerlig selvanalyse av seg selv som gravid.

5.2 Å få kroppen tilbake

Tidligere i oppgaven har jeg trukket fram viktig det er for moderne kvinner å fremstå som aktive og handlekraftige individer. Mye i min empiri som tyder på at denne forventningen blir vanskelig å leve opp til når man får smerter under graviditeten. Materialet tegner et bilde av at kvinner med bekkenløsning tvinges inn i roller de verken kjenner seg igjen i eller ønsker å identifisere seg med. Heidi forteller;

Jeg har merket at jeg har det mye bedre etter å ha redusert aktivitetsnivået, men det er en forferdelig prosess å gjøre det fordi man er vant til å være i aktivitet. Jeg har vært avhengig av å føle meg vital, sunn og trene og tenkt at er det noe som er vondt i kroppen, så skal det fordrives med aktivitet. Har du vondt i ryggen, bør du gå turer. Så det har vært kjempevanskelig å redusere på aktivitetsnivået. Jeg føler meg ikke vel med et liv i passivitet.

Selv om Heidi kjenner på egen kropp at å redusere aktivitetsnivået gjør henne godt, føles det tydeligvis vanskelig for henne å innrette seg etter hva hun opplever at kroppen trenger. I tråd med foregående avsnitt kan det tyde på at å hvile seg ikke blir tillagt verdi i vårt moderne samfunn. Å slappe av eller hvile seg assosieres lett med passivitet, i motsetning til det å være aktiv og handlekraftig. Det er altså et sprik mellom hva hun opplever som godt for kroppen, og hvordan hun ønsker å fremstå. Hege forteller også hvordan bekkenløsningen preger henne i hverdagen:

Ja, det er jo sånn at du knapt kommer deg opp av senga. Helst har du bare lyst til å sove til den ungen kommer ut. Ja, du håper på at den kommer ut snarest mulig, slik at jeg igjen kan bli tynn og blid og hoppe rundt og kunne fungere.

Som vi ser, illustrerer mitt materiale tydelig hvordan 'bekkenløsningskvinnens' behov for ro og avlastning kan komme i konflikt med moderne kvinners selvrepresentasjonsprosjekt. Fra å erfare og se på seg selv som aktive og handlekraftige individer, opplever de at bekkenløsningen gjør dem passive og tiltaksløse. Mitt materiale forteller om hvordan rollen som svak og syk kommer i konflikt med den gravides selvfølelse. Det å få bekkenløsning kolliderer altså med bildet av den moderne kvinne. Sagt litt annerledes tyder utsagnene på at bekkenløsning og graviditet erfares som et 'intermesso', hvor tiden etterpå i stor grad handler om å gjenopprette seg selv i den utgave man ønsker å fremstå som.

Her kan vi spørre oss om hvorfor er det så viktig for informantene å fremstå som sunne, spreke og handlekraftige? Bordos (1993) tenkning om å forstå kjønnede kroppspraksiser i det moderne kan bidra til å belyse dette litt nærmere. Hun mener at vi omringes av en kultur hvor vi tilber den slanke kroppen som blir kontrollert gjennom alt fra dietter og treningsregimer til plastisk kirurgi. Likeledes er kroppsestetikken nær forbundet med moral. Kroppens form og utseende skal formidle selvkontroll og produktivitet. Dette kroppssynet har ifølge Bordo ført til at kroppen i vår vestlige verden har migrert fra naturen til kulturen (ibid). Dette mener jeg vi kan se klare uttrykk for i dagens Norge. Slanke -, trenings - og skjønnhetstips er ukentlig formidlet gjennom mediene. Kroppen er et formbart objekt som skal spille ens

identitet. Kroppen som speil viser hvorvidt du har lykket med å ta kontroll over eget liv. Mitt materiale viser hvordan graviditet inngår i dette mønsteret og at de sånn sett ikke unnslipper, men tvert imot er involvert i denne type prosesser.

5.3 'Jeg er ikke den typen som klager over alt'⁴

I mitt materiale har vi sett hvordan bekkenløsning kan bringe kvinnene inn i en rolle som de har vanskelig for å identifisere seg med. Denne tendensen mener jeg også å se i måtene informantene forholder seg til andre gravide med bekkenløsning på. Mette forteller:

Da jeg skjønnte at jeg fikk bekkenløsning, visste jeg jo ingen ting om det. Så jeg gikk inn på noen chattersider, "barn i magen" eller noe sånt, en bekkenløsnings - chatterside. Det var det en av disse jentene der som skrev; "nå har jeg også fått det". Det var i hvert fall veldig mye om sykemelding der, ja det virket som om alle jentene som skrev der, de ble sykemeldt. For meg virket det som om de tok litt lett på det med sykemelding. Selv om de kanskje ikke hadde trengt det, så skjønnte jeg ut ifra disse sidene at bekkenløsning var veldig vanlig å bli sykemeldt for.

Utsagnet kan tolkes som om Mette på ingen måte ønsker å bli identifisert med kvinner som kanskje sykemelder seg for lett. Hege distanserer seg også fra de som "flyr" til legen eller tar lett på sykemelding.

Det var legen som foreslo sykemelding, men jeg var veldig takknemlig. Jeg tror ikke jeg ville foreslått det selv. Begge legene jeg har hatt, var veldig forståelsesfulle i forhold til situasjonen. De ser jo an folk. De kunne i alle fall se hva jeg hadde hatt av legebesøk hos dem før, hvilken historikk jeg hadde hos dem. Jeg går jo sjelden til legen.

⁴ Tittelen er hentet fra en av artiklene i Werners doktorgradsavhandling "Kampen om (tro)verdighet" (2005)

Måten kvinnene snakker på ovenfor kan tyde at to ting: de ønsker ikke å identifisere seg med andre kvinner med bekkenløsning, og de vil heller ikke være blant dem som sykelliggjør svangerskapet. Informantene gir med andre ord tydelig uttrykk for at de ikke identifiser seg med 'bekkenløsningskvinnen' som klager og syter, men med kvinner som står på og ikke drar til legen med mindre det er helt nødvendig. Igjen ser jeg mange likhetstrekk med Werners (2005) forskning relatert til kvinner med kroniske muskelsmerter. Blant annet viser hennes studie hvordan kvinner med fibromyalgi distanserer seg fra kvinner med samme type helseplager og deres sykdomsprat. Dette gjør de først og fremst for å overbevise om at deres egne smerter er *reelle* og *somatiske* i motsetning til *innbilte* og *psykosomatiske* (Werner 2005, s.40). Inneforstått med at plagene de presenterer ofte blir møtt med skepsis, kan det å ta avstand fra "de andre" ses som i et ledd i å fremstå som troverdige pasienter tross alt (ibid). Også mine informanter jobber hardt med å få frem at deres plager er ramme alvor og at de er syke på ordentlig. Strategien om å ta avstand fra andre kvinner med bekkenløsning vitner om hvordan det butter imot selvfølelsen å bli sett på som sykelig eller en som sykelliggjør.

Dette er i tråd med Järvinen (2005), som viser at det å ta avstand fra de andre er en logisk følge av behovet for å fremstå som et "normalt", respektabelt menneske. Solvangs (2000) forskning viser at oss/dem - dikotomien er sentral i en normalitetsdiskurs. Overført til min studie kan det også forstås som et ledd i en selvrepresentasjonsprosess som handler om at man i det lengste ønsker å bli identifisert med det folk oppfatter som bevisste og ansvarsfulle gravide kvinner.

Dette kan analyseres ytterligere ved å ta i bruk Butler utlegninger av hvordan kjønn skapes gjennom måten vi fremtrer og uttrykker oss på. Når gravide kvinner vil fremstå som sunne og friske, kan dette leses som en måte å iscenesette seg selv på som 'moderne' og 'troverdige' kvinner. Butler hevder at kvinner fremfører seg selv med utgangspunkt i rådende diskurser eller normer som regulerer samfunnet (1999). Hun mener at når vi som samfunnsmedlemmer framstiller oss enten som "kvinnelige" eller "mannelige", er det fordi vi ser for oss at dette er vesensformer som faktisk

eksisterer. Slik Butler ser det, er dette et kulturelt mistak. Det vi egentlig gjør, er at vi framstiller oss selv som feminine ut fra en ”ide” om hva som er feminint. Dette innebærer at mine informanter kopierer en kopi. Det vil si at når kvinnene fortolker seg selv som gravide, iscenesetter de graviditeten på en måte som er gjenkjennbar for dem selv og omverdenen. Butlers perspektiv kan altså være relevant for å forstå hvordan graviditet er en kjønnnet scene hvor informantene sammen med andre konstituerer sine sosiale roller og graviditetsidentiteter.

5.4 Bekkenløsning – banal lidelese eller blodig alvor?

Et annet sentralt aspekt ved materialet, er spriket mellom hvordan informantene frykter at plagene kan utvikle seg og på den annen side, hvordan de blir møtt med de samme plagene. Hege forteller;

Jeg hadde egentlig ikke tenkt så mye på det, men jeg ble jo litt engstelig for at bekkenløsning skulle ramme meg. Det hadde jo egentlig ikke slått meg at bekkenløsning kunne ramme meg. Jeg hadde ikke hørt noe særlig om det utenom skremselshistorier. Jeg hadde jo lest og sett på tv at folk nærmest ble invalid. Så det syns jeg jo var veldig skummelt.

Bekkenløsning som en invalidiserende tilstand, slik Hege fryktet, står i strek kontrast til hvordan Heidi frykter at andre ikke fullt ut skjønner alvoret.

Når man sier at dette har jeg litt problemer med for jeg har bekkenløsning, så føler jeg at jeg like godt kunne sagt at jeg er forkjølet eller en eller annen banal lidelse som ingen vet hva er.()En gang jeg måtte stå i en lang kø gikk jeg frem til ekspedisjonen og spurte om jeg kunne sitte og vente på siden til det var min tur. Da jeg sa det følte jeg at de ikke forsto hva jeg snakket om i det hele tatt. Og slik har det vært i mange situasjoner hvor jeg ikke klarer å stå lenge, hvor jeg må sette meg ned. Da opplever jeg at folk ikke skjønner hva jeg snakker om.

Når Fredriksen (2008), som presentert i kapittel tre, har sammenliknet debatter om bekkenløsning på Internett med helsemyndighetenes og forskningens presentasjon av denne tilstanden samsvarer dette med funnene over. Hun hevder at kvinnens oppfattning av bekkenplagene ikke står i samsvar med hvordan helsemyndigheten oppfatter de samme plagene. Fredriksen(2008) mener at kvinnens opplevelser av egen graviditetshelse må gjenspeiles i generelle politiske føringer om kvinners helse. Med utgangspunkt i sine funn hevder hun at man må fokusere på det reproduktive arbeidet som et svangerskap er, ved å ta større hensyn til gravide kvinners behov for avlastning og tilrettelegging. I lys av dette aspektet setter hun også spørsmålsteget ved dagens normalitetsdiskurs rundt graviditeten, og spør om manglende forståelse av gravides behov i dagens samfunn kan komme til uttrykk gjennom økt fokus på bekkenløsning (ibid). Sett i lys av informantenes erfaringer ser jeg helt klart at det er et stort sprik i hvordan kvinnene selv opplever og frykter konsekvensene av plagene de har i bekkenet, og hvordan de blir opplevd å bli møtt og forstått av omverden med de samme plagene. Spørsmålet om hvorvidt kvinnene blir møtt med sine behov vil jeg bringe videre inn i neste analysekapittel. Her vil jeg nemlig rette fokuset mot mine informanternes kanskje viktigste livsarenaer; hjemmet og jobben.

6. Kvinner med bekkenløsning i et likestilt familieliv og i møtet med et moderne arbeidsliv.

Analysekapittelet handler om informantenes erfaringer med å ha bekkenløsning i relasjon til det å være i et moderne parforhold og samtidig være sterkt involvert i en moderne arbeidslivskontekst. I første del analyser jeg erfaringer kvinnene gjør seg som syk i parforholdet og hvilke konsekvenser dette har for hverdagslivet. Videre ser jeg på hvordan informantene opplever bekkenplagene i møtet med et moderne arbeidsliv. Her drøftes betydningen av hvordan andres oppfatning kan påvirke informantenes egen opplevelse av seg selv som gravid med bekkenløsning. Videre rettes søkelyset mot informantenes streben etter å fremstå som en normalarbeidstaker. Her løfter jeg særlig fram betydningen lønnsarbeidet synes å ha for moderne, velutdannede kvinner, og hvordan bekkenløsningsplagene influerer på dette.

Ifølge Ellingsæter og Solheim (2002) er arbeidslivet en av hovedarenaene hvor moderne, kjønnede praksiser utformes. Overgangen til et postindustrielt arbeidsmarked, som mange vil kalle dagens tilstand, innebærer endrede grenser mellom det offentlige og det private – mellom arbeid, familie og stat. Blant annet er både arbeidslivet og privatlivet preget av økt kompleksitet og variasjon. I mange moderne familier er både kvinnen og mannen yrkesaktiv på heltid. De er altså selvstendige familieforsørgere og økonomiske aktører, samtidig som begge kjønn forventes å være fullverdige omsorgspersoner på hjemmebane. Konkurrerende tidskrav øker kompleksiteten i hverdagslivets organisering. Dette bidrar til at grensene mellom arbeidsliv og privatliv forskyves og forrykkes (ibid). Mitt materiale kan tyde på at den kompleksiteten enkeltindividet står ovenfor, intensiveres for kvinner med bekkenløsning.

6.1 Familieprosjektets “svake ledd” ?

Heidi forteller hvordan hun opplever at bekkenplagene griper inn og påvirker parforholdet.

Jeg syns jo det har påvirket hjemmesituasjonen veldig mye. For man har jo sine roller, ting som en er vant til å gjøre. Ja, forholdet er jo bygd på at man er den som man har vært bestandig. Så det førte vel med seg en del utfordringer, synes jeg, som for eksempel det å gjøre ting sammen, gå ut på turer, gå på kino, gjør sin del av husarbeidet, være i godt humør. Jeg har følt utrolig dårlig samvittighet for at jeg ikke har klart å fylle den rollen jeg har lyst til å ha i samlivet. Det at jeg har sett at han har tatt store deler av husarbeidet, handling. Han er jo også veldig opptatt. Jeg synes det er ganske slitsomt. En ting er kolleger og samfunnet for øvrig. Noe annet er det å merke at jeg har vært en belastning her hjemme. Det syns jeg er tungt.

Her ser vi hvordan Heidi opplever at bekkenløsningsplagene rokker ved rollen hun pleier å ha i parforholdet. Kristin forteller også om hvordan hennes bekkenplager har medført forandringer i familiefellesskapet;

For det første er han en jeg kan dele dette med, og han tar det på alvor. Han har sagt hele tiden at bekkenløsningen er noe vi må ta på alvor. Og det har han gjort, både til å realitetsorientere med når jeg har gjort for mye, og å avlaste, ikke minst å avlaste.

Hedda: Har du eksempler på hvordan han avlaster deg?

Kristin: Etter den dagen jeg fikk bekkenløsning, har jeg ikke engang måttet spørre om han kan være så snill å ta det badet, eller støvsuge her eller der, fordi det bare skjer, og det er utrolig deilig. Så jeg føler at han bidrar i stor grad og strekker seg vanvittig langt for at jeg skal få den avlastningen jeg trenger. Så det vet jeg ikke om kunne blitt noe bedre egentlig.

Hege og Kristins utsagn kan forstås tvetydige; bekkenplagene kvinnene sliter med kan gi en opplevelse av både splid og samhold i parforholdet.

Som jeg har vært inne på tidligere, mener jeg at mine informanter representerer en bestemt gruppe kvinner i vårt moderne samfunn, nemlig velutdannede middelklassekvinner som i tillegg til å besitte krevende jobber lever i likestilte parforhold. Dette er også utgangspunktet for Aarseths (2008) avhandling hvor hun nettopp har studert likestilte par som velger å prioritere både karriere og familie. Denne formen for moderne hverdagsliv ser hun som et livsstilprosjekt uten tradisjonelle kjønnsroller og en ny form for intimitet. Kvinnene er altså ikke lenger i rollen som hjemmeværende husmor, eller det Aarseth betegner som ”en kvinnelige hjemmeskapsfigur”, men ute i arbeidslivet på lik linje som menn. Den kvinnelige hjemmeskaperen og den mannlige familieforsørgeren inntar dermed nye roller gjennom det som kan forstås som kjønnsnøytrale livsstilprosjekter. Hun beskriver familien som et prosjektbasert arbeidsfellesskap, hvor prosjektet på sett og vis er det som holder familien sammen og gjør den meningsfylt. Denne formen for moderne mening og magi handler om en identitetsskaping som går utover plikt og det vanemessige, og som snarere må forstås som *noe* som skaper mening i seg selv. I motsetning til det mange hevder, mener hun å se at prosjektene i seg selv er med på å bevare forholdes romantiske glød (ibid). Med utgangspunkt i Aarseths forskning, er det interessante i denne analysen å utforske hva som skjer i et slikt prosjektbasert arbeidsfellesskap når den ene partneren blir syk. Knytter vi igjen an til det Heidi og Kristin forteller i avsnittet over, mener jeg altså å se to tendenser.

På den ene siden tegnes det opp et bilde hvor parforholdets fundament brister når den ene partneren rammes av sykdom. Med utgangspunkt i Heidi sitt utsagn: *”Jeg har følt utrolig dårlig samvittighet for at jeg ikke har klart å fylle den rollen jeg har lyst til å ha i samlivet”*, kan det tolkes som et stort nederlag at hun ikke makter å bidra inn i relasjonen slik som hun pleier og ønsker. Det kan se ut som om at arbeidsoppgavene i utgangspunktet er nøye fordelt dem imellom både for at tiden skal strekke til, og at ’hjulene skal gå rundt’. Når den ene parten i forholdet ikke klarer å opprettholde sin del av denne arbeidsfordelingen, vil det nødvendigvis gi merarbeid til den andre som i utgangspunktet har full timeplan. Å være ”det svake ledd” i en slik allianse kan dermed gi en følelse av dårlig samvittighet. Men utsagnet kan også tyde på at

nederlaget går langt ut over det å skulle fordele praktiske arbeidsoppgaver. Like mye synes det å dreie seg om å være tilgjengelig for den andre. To inntekter, like arbeidsoppgaver gjør at det å være til stedet og tilgjengelig for den andre er en viktig pilar i dagens parforhold. Med andre ord kan man få inntrykk av at sykdom, i dette tilfelle bekkenløsning, bremser en slik delaktighet og dermed setter det prosjektbaserte parforholdet på alvorlig prøve.

Når det er sagt mener jeg samtidig det er tegn som kan tyde på at denne typen parforhold har bedre forutsetninger for å takle utfordringer, slik sykdom kan forstås, enn parforhold med tradisjonelle kjønnsroller. Med utgangspunkt i Kristins sitat, mener jeg å lese ut en form for handlekraft til å forhandle fram nye prosjekter som tilpasses situasjonen ”her og nå”. Når Kristin sier ”*bekkenløsningen er noe vi må ta på alvor*”, mener jeg å se konturene av en form for familiebasert prosjekt, men et prosjektet som er i endring. Bekkenløsningen oppleves som en felles utfordring, et felles prosjekt, som må inngå i familielivets organisering. Prosjektet får dermed et annet innhold, hvor en viktig del av dette er at Kristin skal få nok avlastning i forhold til bekkenplagene hun har. Selv om Kristin opplever at det er mye som faller på mannen, kan dette være litt lettere å bære når hun har en opplevelse av at de er sammen om det.

På basis av materialet kan man altså se hvordan kjønn og klasse kan ha en strukturerende betydning for det å få og leve med bekkenløsning. På den ene siden kan det synes ekstra vanskelig fordi bekkenløsning gjør at brudd med egne identitetsroller blir veldig tydelige. På den andre siden kan det likevel se ut som om et par som i stor grad bryter med tradisjonelle kjønnsroller gir rom for å kontinuerlig reforhandle nye roller. I de neste avsnittene vil jeg gå nærmere inn på hvordan informantene opplever bekkenløsning på en annen viktig livsarena, nemlig på jobben.

6.2 Gravid på jobb. Alt som før? Eller rom for tilpasning?

Materialet viser hvordan arbeidssituasjonen endres med graviditeten og i takt med tiltagende bekkenplager. Dette gjelder både i forhold til kolleger og til informantenes arbeidsoppgaver. Mette beskriver nedenfor hvordan bekkenplagene opplevdes på jobb;

Det var ingen på jobb som tok opp at jeg var gravid. ()Det var en selvfølge at du måtte klare alt. Så jeg ble jo veldig opptatt av at når ingen snakket om graviditeten, så skulle jeg klare det. Men jeg følte meg skikkelig svak. Det er jo min egen greie. Det var ingen som sa det. Det er bare jeg som hadde den følelsen av å bare lure rundt på jobben og heller lyst til å være hjemme.

Mettes refleksjoner preges av hvordan hun tror at andre oppfatter henne. Som vi ser jobber hun i en arbeidskultur hvor hun opplever at det ikke er lett å ta hensyn til graviditeten. Manglende artikulering rundt Mette som graviditet kan bety at det forventes det samme av henne som ellers. I verste fall kan en slik praksis forstås som en ”ignorering” av Mettes behov for tilrettelegging. Dette munner ut i at Mette sitter igjen med en opplevelse av å være *skikkelig svak*.

Også Anne er temmelig opptatt av hva de andre mener om hennes tilstand, og øyensynlig har det stor betydning for hennes egen opplevelse av bekkenplagene. Her forteller hun;

Jeg fikk mye tilbakemelding på jobb om at jeg så sprek ut. Når de andre oppfattet meg som sprek, var det mye flauere å skulle sykemelde seg. Jeg tenkte at når de andre oppfattet meg slik, så var det sikkert noe i det. For å komme meg på jobb tenkte jeg hver dag; ”I morgen kan du sykemelde deg”. Det sa jeg bevisst til meg selv for å overleve den dagen.

Annes opplevelse av graviditeten står i sterk kontrast til de tilbakemeldingene hun får fra kolleger på jobben. Mens hun føler seg uopplagt og smertepreget, opplever kollegaene henne som sprek. Det kan tolkes som om kollegaene er imponert over hva

hun får til, til tross for graviditeten. Men bekreftelsen kan også gi Anne en opplevelse av at å vise behov for avlastning, ikke samsvarer med hvordan andre oppfatter hennes helsetilstand. Å handle i strid med hvordan hun opplever at andre oppfatter henne ender ut i at det blir vanskelig å ta hensyn til seg selv og graviditetsplagene.

Mettes og Annes historier gir et innblikk i betydningen av kjønn, graviditet og bekkenløsning på arbeidsplassen. Det vi har sett av utfordringer er i tråd med Eggen Børves (2007a) forskning. Hun har forsket på hvordan samspillet mellom arbeidsplassen, velferdsstaten og arbeidslivet generelt påvirker kvinnelige arbeidstakere når de blir gravide. Gjennom intervjuer med kvinner i multinasjonale selskaper med stort arbeidspress og lite fritid, så hun hvordan kvinnene gikk fra å definere arbeidsplassen sin som en kjønnsnøytral arena til å forandre seg gjennom graviditeten. Eller som hun sier: *”Et svangerskap bidrar til å omforme de kvinnelige arbeidstakere uten kropp og kjønn til å bli arbeidstakere med kropp og kjønn (Eggen Børve 2007b, s133)”*. Selv om forskningen viser hvordan graviditet utgjør en kroppslig og kjønn arena, viser hun til en arbeidskultur som tar lite hensyn til den enkelte som gravid (Eggen Børve 2007b). En av hennes informanter forteller at kollegene i svært liten grad viet henne oppmerksomhet som gravid. Ved å opprettholde en arbeidskultur som sine mannlige kolleger resulterte det i at hun medførte at de overså kroppens behov for ekstra hvile (ibid).

Selv om Eggen Børves forskning tar for seg ”friske gravide”, ser jeg klare likhetstrekk med min empiri. Både Eggen Børves og min empiri. Her tenker jeg både hvordan informantene opplever manglende oppmerksomhet som gravid, og hvordan dette medfører manglende tilrettelegging og muligheten for å ta hensyn til seg selv gjennom svangerskapet. Slik jeg ser det, på basis av mine informanters erfaringer, er det grunnlag for å tro at dilemmaene gravide arbeidstakere står ovenfor forsterkes når du i tillegg sliter med et smertefullt bekken.

Utfordringen kvinner med bekkenløsning møter mener jeg kan se ut til å være en form for ekstrapolert utgave av en snever og dikotom forståelse av hva graviditet er. Enten er du frisk og normal som gravid, eller du er syk og utafor. Slik jeg leser min empiri

har dette konsekvenser når kvinnene som, til tross for bekkenplagene, ønsker å stå i jobb. Strand (2002) påpeker nettopp dette når hun hevder at ”normalgraviditetens forskjellighet” er mangelfullt utforsket. Hvordan dette slår ut og får konsekvenser for den enkelte gravide er vi altså temmelig uvitende om. Hun etterlyser en drøfting av i hvilken grad det hun kaller ”kvinner biologiske funksjon” kommer i konflikt med arbeidets krav, og hva som eventuelt skal gjøres dersom dette skjer. På den ene siden slår Rikstrygdeverkets retningslinjer for sykemelding under graviditet fast at ”*Normale svangerskapsplager anses ikke som sykdom i lovens forstand og gir derfor ikke rett til sykepenges*” (RTV 2000: i Strand 2002), på den andre siden er altså ”normalgraviditetens forskjellighet” og dens konsekvenser lite utforsket og debattert i norsk arbeidsliv. Konsekvensen av dette er at det blir den enkelte gravide selv, eventuelt sammen med sin lege, som må vurdere *når den ”normale” graviditeten blir ”unormal”* (Strand 2002, s.222).

Overordnet sett mener jeg, slik jeg leser kvinnes historier og materialet generelt, at det kan spores to motstridende diskurser som gravide kvinner med bekkenløsning opererer innenfor og må håndtere. På den ene siden har vi å gjøre med en normalitetsdiskurs om at graviditeten *ikke utgjør noen forskjell*. I det ligger det at graviditeten på ingen måte skal stå i veien for noen av kvinnens mange livsoppgaver. Innvevd i denne diskursen kan det spores en forventning om at kvinnene skal yte på lik linje som andre arbeidstakere, både når det gjelder innsats og arbeidsoppgaver. Skal man bli tatt på alvor, bli ansett som en fullverdig arbeidstaker, må man stå på til det siste.

På den andre siden tegner det seg en diskurs hvor graviditet *utgjør en forskjell*. Den gravide blir oppfordret til å ta hensyn til seg selv, og ikke minst til barnet hun bærer. Man skal ta det mer med ro for at barnet skal vokse. Stress må unngås, da det kan være skadelig for fosteret. Problemet er at i møtet med arbeidslivet kan denne type diskurs reflektere inngrodd kjønnsrolle om kvinnen som skjør og svak. Når kvinnen blir sett på som skjør og svak, kan hun ikke regnes med i dagens arbeidsliv hvor en blir skjøvet ut på sidelinjen hvor man ikke teller på samme måte som før.

Så lenge behovet for tilrettelegging på arbeidsplassen ikke blir artikulert i større grad, tyder materialet mitt på at informantene bruker mye tid på å rettferdiggjøre sin egen situasjon som gravid kvinne med bekkenløsning. Likevel gjør bekkenplagene at de har behov for å bli sett og møtt med tilrettelegging. Å presentere disse behovene på arbeidsplassen, ser ut til å virke vanskelig uten at det kleber til en opplevelse av å bli oppfattet som en skjør, svak gravid.

6.3 Å ha bekkenløsning i en moderne arbeidslivskontekst – strevet for normalitet.

Som vi så eksempler på i forrige avsnitt, kan bekkenløsning gi en opplevelse av å fremstå som syk og svak på arbeidsplassen. I dette avsnittet skal vi mer spesifikt se på hvordan informantene innretter seg for å bli værende i jobb så lenge som mulig. De ulike strategiene de tar i bruk, kan ses på som et strev for å forbli oppfattet som normal i arbeidslivssammenheng. Måten dette gjøres på, kan tyde på at det i det lengste handler om ikke å bli en annenrangs arbeidstaker. Guro forteller om hvordan hun ble møtt da hun gradvis ble sykemeldt;

Det var ingen diskusjon i starten om at noen av arbeidsoppgavene skulle legges over på noen andre. Det ble egentlig litt stress. Jeg ble ikke fratatt noen arbeidsoppgaver selv om jeg gikk ned i arbeidsstilling.()Det var jo ingen som så at jeg ble sittende mye på kveldene. Det ble en sånn plikt. Sånn at det ikke skulle bli brukt mot meg. Jeg tenkte at jeg skal utføre jobben, selv om jeg går ned i stilling. ()Av og til fikk jeg kommentarer fra kolleger når jeg var på jobb; jøss, er du her? Når det blir sånn oppå det hele, at det virker som du sluntrer unna, det trenger man ikke.

Trass i Guros sykemelding, har hun altså like mange arbeidsoppgaver som før. Slik jeg leser Guro, er hun engstelig for at sykemeldingen kan brukes mot henne som om hun ikke gjør en fullverdig jobb. For å forene sykemeldingen med å opprettholde samme arbeidsmengde bruker Guro derfor mye av tiden om kveldene for å ta igjen arbeid hun ikke får utført som delvis sykemeldt. Slik sett kan en kjønnet praksis på

arbeidsplassen være å usynliggjøre behov for avlastning. Anne, tar på sin side, motet til seg og ber om avlastning:

Jeg spurte sjefen min om jeg kunne slippe noen oppgaver, det har jeg aldri spurt han om før.()Vi hadde jobbet sammen i så mange år. Men det kostet meg så mye å spørre. Så fikk jeg beskjed om at jeg ikke kunne redusere arbeidsoppgavene, for det var bare jeg som kunne ta dem.

Hedda: Hvordan opplevde du det?

Anne: Det var grusomt, i og med at jeg hadde jobbet så mye med å tørre å spørre. Siden jeg aldri har spurt før, regnet jeg med han skjønnte at jeg mente alvor, og at det ikke var fordi jeg var lei den oppgaven. Ja, da husker jeg at jeg var ganske sint og frustrert. Ja da var alt helt håpløst. Jeg skulle jo ut i permisjon om to, tre måneder. Da må jo noen ta det ansvaret uansett, noen måtte jo læres opp.

Til tross for Annes anstrengelser med å tørre å synliggjøre sitt behov for avlastning blir hun altså ikke møtt med sitt behov for avlastning.

I denne analysen kommer det frem hvordan Guro og Anne strever med å gjennomføre de vanlige arbeidsoppgavene. Uansett hvilken strategi som blir valgt leser jeg en form for vegring mot å vise frem behovet for avlastning. Det er altså mest maktpåliggende å ikke fremstå som en middelmåtig eller annenrangs arbeidstaker. Det som kan ses på som et strev for å unngå en slik ”merkelapp” ved å opprettholde bildet av en selv som en ”normalarbeidstaker”. Hvorfor er det så viktig for den enkelte å fremstå som normal? Og hva betyr det å være en normalarbeidstaker i en moderne arbeidslivskultur? Her er det trolig mange elementer i spill, og jeg skal fokusere på noen.

For det første kjennetegnes det nye, fleksible arbeidslivet ved det Kvande og Rassmussen (2007) karakteriserer en *grenseløse* tidskulturer. Dette medfører ofte at arbeidstakere yter mer enn det som er en normal arbeidstid hvor ekstraarbeidet i stor grad blir usynliggjort til forskjell fra bedrifter med en mer *grensesettende* tidskultur

der overtid måles nøyaktig i timer og minutter. Å bli bekreftet som en god arbeidstaker i denne type virksomhet sidestilles gjerne med en forventning om at du i større grad enn tidligere er kontinuerlig tilgjengelig for jobben (ibid). Nyere forskning tyder også på at slitenhet og for mye å gjøre er blitt normalisert gjennom økt tidspress både hjemme og på jobb. I Wideberg og Lilleaas (2001) sin studie om hvordan trøtthet håndteres på jobb og på hjemmebane, fant de ut at 65% av de spurte følte seg uopplagt eller slitne en eller flere ganger i løpet av en uke (ibid). Trøtthet ignoreres og resulterer i kroppsvaner som er lite helsefremmende. Studien fremhever også hvordan kvinnens streben etter både å tilfredsstille andre og gjøre jobben helt perfekt, skaper problemer når tempo øker både hjemme og på jobb. Både en grenseløs tidskultur og en normalisering av økt tidspress i arbeidslivet, må ses i lys av en stadig effektivisering av arbeidslivet hvor kravet til enkeltindividet stadig skjerpes.

For det andre kan kravet til enkeltindividet understrekes ytterligere gjennom nye arbeidskonsepter hvor det menneskelige aspektet blir betraktet og forvaltet som *intellektuell kapital* (Solbrække 2005). Det handler ikke lenger bare om hva som blir gjort, men *hvem* som utfører arbeidet. Det vil si at enkeltindividet og dets personlige kvalitative egenskaper anses som bedriftens viktigste *investeringskapital* (ibid). Enkeltindividet har dermed en spesiell betydning på arbeidsplassen, hvor han eller hun kan fremstå som en uunnværlig person. På den ene siden innebærer endringene i arbeidslivet store selvrealiseringsmuligheter, men det skaper samtidig en kultur hvor det handler om å prestere for å hele tiden opprettholde en status som uunnværlig.

Med utgangspunkt i en type arbeidsliv og arbeidskultur beskrevet ovenfor, kan materialet gi belegg for at kvinner med bekkenløsning kommer i en svært utsatt posisjon. I stedet for at søkelyset rettes mot denne type arbeidskultur, kan mitt materiale indikere at dette oppleves og håndteres som et personlig ansvar, hvor den enkelte må stå til rette for det som oppleves som enten manglende arbeidsinnsats eller behov for avlastning. Et reelt ønske om å forbli i en lystfylt og spennende jobb, kan dermed ende opp i en krevende pliktøvelse.

Det er altså tegn som tyder på at når kvinner får bekkenløsning, forsterkes arbeidslivets utfordringer for den enkelte. De utfordringer som møter kvinner med bekkenløsning, kan på mange måter anses som en skjerpelse av arbeidslivets normale krav. Går vi tilbake til materialet, ser vi også klare tegn til hvordan en personifisert arbeidslivskultur kommer i konflikt med behovet for avlastning. Når Anne ber om avlastning er det nettopp hennes kvalifikasjoner som blir brukt som motargument mot å gi henne avlastning. Annes fravær betyr tap av en type kvalifikasjoner. Slik sett kan en se hvordan en personifisert arbeidslivskultur fører til at enkeltindividet kan komme i en sårbar posisjon.

6.4 Inderlig arbeidslyst

Vi har hittil sett noen kompliserte sider ved hvordan informantene opplever av å ha bekkenløsning i en moderne arbeidslivsstruktur. Min tolkning er at mange av kvinnene trosser smertene for å fremstå som en normale og troverdige arbeidstakere. I dette avsnittet ønsker jeg å vise at det ikke bare er en utvendig plikt som styrer kvinnes kamp om å forbli i arbeidslivet. Disse normalitetsbestrebelsene kan også ses som uttrykk for et reelt ønske og en indre styrt motivasjon. Dette sier Anne noe om;

Jeg hadde veldig spennende jobb, jeg var meldt på et lederutviklingsprogram som jeg hadde timet til dagene før fødsel. Og dette var "once in a lifetime". Jeg var kjempefornøyd med å være med på dette, og tenkte at dette bare må jeg få til for alt i verden. Så jobba jeg veldig mye.

Annes motivasjon kan i stor grad, slik jeg leser henne, knyttes opp mot et unikt ønske om å få være en del av et prosjekt. Det dreier seg altså først og fremst om et lystbetont prosjekt ved å gripe en mulighet som hun har fått. Når hun sier at hun "jobba veldig mye", kan det forstås som om hun mener at det er det verdt for å få realisert denne muligheten. Denne typen arbeidslyst kan ses i lys av det Solbrække (2005) hevder er en *moderne form for romantikk*, nedfelt i kunnskapsbaserte arbeidslivskontekster. Kort fortalt handler det romantiske om en vektlegging av å *realisere det inderlige*

skapende selv (Solbrække 2005, s.19). Solbrække understreker her hvordan det frie, uavhengige individet kan oppfattes som et ideal og en særskilt kompetanseform i det moderne. Det handler altså om en kompetanseform som er basert på lyst og individuell utvikling (ibid). Å jobbe har beveget seg fra noe som i industrisamfunnets glansdager var en form for tvang til noe som er selvutviklende og som skaper mening i seg selv. Jobb kan dermed forstås som et *lystpreget inderliggjøringsprosjekt* (Solbrække 2005, s.113). Går vi tilbake til Annes utsagn kan utsagnet forstås som om jobben, trass i utfordringene under graviditeten, ivaretar et dypt behov for å realisere seg selv.

Kristin har en litt annen begrunnelse for ønsket om å forbli i jobben lengst mulig før hun skal ut i permisjon med sitt tredje barn. Dette til tross for at legen vil tilby henne sykemelding.

I forrige svangerskap ville legen sykemelde meg hele tiden, mye mer enn hva jeg selv ville. Og da var det jeg som hele tiden holdt igjen.

Hedda: Hvorfor holdt du igjen?

Kristin: Og det handler jo om, at for meg er det også viktig å kunne gå på jobben. Og kanskje særlig nå, fordi det er det eneste stedet som bare er mitt, og barnefritt. Og hvor jeg får hevet perspektivet litt fra det hjemlige med bleieskift og matpakkesmøring. Og det er viktig for meg. ()Og møte andre voksne, diskutere litt og føle at noe i meg hvert fall er meg. Jeg tenker at deler av identiteten min også er knytta til jobben.

Kristins utsagn kan forstås på flere ulike måter. En tolkning kan peke i retning av at fravær fra arbeidslivet knytter henne sterkere til hus og hjemlige arbeidsoppgaver. Sykemelding og hjemmeliv fører dermed inn i gamle, innarbeidede kjønnsrollemønstre. Dette poenget fremhever også Strand(2002) i maktutredningen, hvor hun hevder at manglende tilrettelegging på arbeidsplassen ender med sykemelding. Som en konsekvens av dette blir mange kvinner ikke bare svekket i sine stillinger i arbeidslivet. Fravær på jobb betyr nærvær hjemme, hvor konsekvensen kan

være at kvinnen overtar mer ansvar for hjem og familie. Fravær fra jobb kan altså forstås som et skritt ”tilbake til kjøkkenbenken”, hvor en opplever å falle tilbake i gamle, tradisjonelle kjønnsrollemønstre (ibid).

En annen tolkningsmåte peker på noe som jeg oppfatter som en viktig nerve i dagens samfunn, er hvordan arbeidslivet kan forstås som en viktig del av kvinners kjønnede praksis for å oppnå og beholde frihet og selvstendiggjøring. Går vi tilbake til informantenes utsagn hvor Kristin sier at jobben er *viktig for meg, identiteten min er også knytta til jobben*, eller Anne som sier at *dette måtte jeg være med på for alt i verden*, kan dette ses på som et prosjekt for å ta i bruk sin frihet. Sagt med de Beauvoirs vokabular er menneskelig frihet knyttet til transcedens (Beauvoir 2000). Å ta i bruk sin frihet vil være å bruke sine evner til å gå ut over og å utvikle seg selv. Gjennom å være et aktivt handlende subjekt bruker man sin vilje til å realisere sine valg. I følge Beauvoir betyr den kvinnelige immanens at hennes biologi knyttes opp mot morsrollen og husarbeid (Beauvoir 2000). Kvinnens immanens som iboende i henne natur, er gjennom historien og samfunnsutviklingen og kulturen blitt fremstilt som en sannhet (Bondevik og Rustad 2006)

Mitt materiale tyder på at kvinnes inntog i det moderne arbeidsliv er et skritt i retning av å overskride denne samfunnsskapte sannheten. Arbeidslivet kan, med utgangspunkt i et lystprinsipp, anses som en arena hvor Anne og Kristin, og kvinner generelt, tar i bruk sin frihet og som dermed motvirker kvinnelig immanens og rollen som ”den andre”. Spørsmålet er om graviditet generelt, og bekkenløsning, lar seg integrere fullt ut i et slikt prinsipp.

7. Avsluttende refleksjoner

I denne oppgaven har jeg utforsket kvinners erfaringer med å få, og å leve med diagnosen bekkenløsning. Gjennom informantenes intervjuer om dette, har jeg fått innblikk i hvordan moderne kvinner forholder seg til ulike diskurser om sykdom, kjønn og kropp, og hvordan disse er med på å forme kvinners forståelse av seg selv som gravid og syk.

Analysen har vært inndelt tematisk i tre deler; *"Bekkenløsning, fra smerter i graviditeten til diagnosen bekkenløsning"*, *"Forestillinger om bekkenløsningskvinnen"* og, *"Kvinner med bekkenløsning i et likestilt familieliv og i møtet med et moderne arbeidsliv"*.

I *"Bekkenløsning, fra smerter i graviditeten til diagnosen bekkenløsning"* er et sentralt funn hvordan kvinnenes usikkerhet rundt kroppens symptomer preger deres forståelse av seg selv som gravid og syk. Dette kommer til uttrykk både gjennom måtene kvinnene snakker om kroppen, og hvordan de opplever seg selv i møte med helsevesenet og samfunnet ellers. Særlig munner denne usikkerheten ut i hva de skal forstå som *normale* svangerskapsplager og når plagene skal forstås som *unormale*, men det kan også forstås som en opplevelse av *risiko* hvor det nettopp handler om å tolke kroppens signaler på riktig måte. Kvinnene usikkerhet kommer også til uttrykk i møte med helsevesenet hvor det handler om å overbevise om at en er 'reelt syk' og ikke bare problemfokuserer kroppens naturlige prosesser. Dette viser hvordan kvinnenes opplevelse av et smertefullt bekken veves sammen med en biomedisinsk forståelse av hva 'sykdom er' og hvordan 'sykdom gjøres'. For å bli oppfattet som 'reelt plaget' søker både helsevesenet, men også den gravide selv, etter plagenes biomedisinske opphav og synelige tegn.

Et annet viktig funn som kommer frem i *"Forestillinger om bekkenløsningskvinnen"* er hvordan kvinnene knytter bekkenløsning opp mot diskurser om kropp og helse. Her kommer det særlig frem hvordan de hadde sett for seg *"bekkenløsningskvinnen"*

som både tykk og utrent. Videre viser de hvordan de ønsker å ta avstand fra forestillingene om "bekkenløsningskvinnen" som sykelig ved å distansere seg fra andre med samme type helseplager, men også hvordan de ønsker å finne tilbake til sitt rette jeg. Dette viser tydelig hvordan graviditet og kropp blir gjort til et domene for både valg av livsstil og som prosjekt. Dette medfører en opplevelse av risiko, både i hvordan man skal være i konstant beredskap til å tolke kroppens symptomer, men også hvordan valg av "riktig" livsstil for seg selv og barnet hun bærer kontinuerlig må vurderes og revurderes. Det er opp til den kvinnen selv hvordan hun ønsker å fremstå som gravid. Et annet sentralt funn er opplevelsen av *skyld* og *skam*, hvor nettopp valg av livsstil trekkes inn i kvinnes smertefortelling. Dette viser hvordan graviditet er blitt et kulturelt prosjekt hvor gravide kvinner på ingen måte unnslipper en moderne kroppslig disiplinering. Når gravide kvinner vil fremstå som sunne og friske gravide kan dette leses som en måte å iscenesette seg selv som en troverdig kvinne.

Et tredje og like viktig funn presenteres i *"Kvinner med bekkenløsning i et likestilt familieliv og i møtet med et moderne arbeidsliv"*. Funnene viser tydelig hvordan bekkenløsningsplagene lager en brist i hvordan man ønsker å fremstå som partner i et likestilt moderne parforhold. Likevel spores det en form for prosjektbasert parforhold som evner å reforhandle situasjonen 'her og nå'. Videre viser funnene også hvordan kvinnene både strever og streber etter å fremstå som en fullverdig arbeidstaker som ikke er sykelig, samtidig som plagene i stadig større grad hindrer dem i å gjøre jobben som før. Selv om de ønsker å synliggjøre behovet for avlastning, handler mye om å stritte imot stempelet som syk og svak og i det lengste ønsker å fremstå som en normalarbeidstaker. Like mye handler det om at jobben er en viktig arena hvor kvinnene ønsker å forbli lengst mulig. Funnene kan tyde på hvordan noen nye særegne kompetanseformer i moderne arbeidsliv preger kvinners forståelse av seg selv som gravid med bekkenløsning. I stedet for at søkelyset rettes mot en type arbeidskultur, kan materialet mitt tyde på at dette oppleves og håndteres som et personlig ansvar, hvor den enkelte må stå til rette for det som oppleves som enten manglende arbeidsinnsats eller behov for avlastning. Et reelt ønske om å forbli i en lystfylt og spennende jobb, kan dermed ende opp i en krevende pliktøvelse.

Et underliggende poeng jeg ønsket å vise i denne oppgaven er at graviditet og bekkenløsning ikke bare kan forstås som en biologisk hendelse i kvinnens kropp, men også et viktig sosialt og kulturelt fenomen. Sykdom blir dermed ikke bare noe passivt vi 'får' eller 'er', men også noe vi 'gjør' eller 'uttrykker'. Ved hjelp av Butlers teorier om å 'gjøre kjønn' har jeg gjennom oppgaven vist hvordan bekkenløsning også dypest sett handler om å gjøre seg selv "riktige" eller "virkelige" i et bestemt sosialt felt.

Jeg har med denne oppgaven forsøkt å få fram hvordan kvinner erfarer bekkenløsning sett i lys av samfunnsskapte idealer og forestillinger om det å være kvinne i det moderne. I lys av mine funn er det også nye spørsmål som reises og som kan fokuseres videre på. Denne oppgaven har fokuset vært rettet mot en bestemt gruppe, nemlig etnisk norske middelklassekvinner. Funnene fra denne gruppen kunne være interessant å sammenlikne med andre samfunnsgrupper, som for eksempel ikke etnisk norske kvinner, eller kvinner med annen sosial bakgrunn eller yrkestilhørighet. Slik kunne betydningen av kjønn etnisitet og klasse utvikles og nyanseres i forhold til kropp, kjønn og sykdom.

Kildeliste

Albert, H. B., Godskesen, M., Korsholm, L., & Westergaard, J. G. (2006). *Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain*. Acta Obstet.Gynecol.Scand., 85, 539-544.

Album, D. (1991) "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje." Tidsskrift for Den norske Lægeforening 117, 11: 1606-1610.

Album, Dag (1996), "Innledning". I: *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Tano.

Bastiaanssen et al. (2005) *A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain* In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Volume 120, Issue 1, p.3-14.

De Beauvoir, S. (2000). *Det annet kjønn*. Pax Forlag A/S, Oslo.

Beck, Ulrich (1997). *Risiko og frihet*. Oversatt av Are Eriksen. Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen – Sandviken.

Bjørklund, K. og Bergstrom, S. (2000), "Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint?", Acta Obstet.Gynecol.Scand., vol.79,no.1 p.24 -30.

Bondevik, H (2007): *Medisinens orden og hysteriets uorden, hysteri I Norge 1870-1915*. Universitet i Oslo.

Bondevik, Hilde & Linda Rustad (2006), "Humanvitenskapelig kjønnsforskning". I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Jørgen Lorentzen & Wencke Mühleisen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bordo, S. (1993) *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. Berkely: University of California Press.

Butler, J. (1999) *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York and London: Routledge.

Eggen Børve, Hege, (2007a) *Pregnant Bodies: Norwegian Female Employees in Global Working Life*, European Journal of Women's Studies 2007; 14; 311.

Eggen Børve, Hege, (2007b). *Gravide kropp: Norske kvinner i det globale arbeidslivet*. I: *Arbeidslivets klemmer: paradokser i det nye arbeidslivet* / Elin Kvande og Bente Rasmussen (red.), Fagbokforlaget, Bergen: s.129-145.

Ellingsæter, Anne Lise og Solheim, Jorunn (2002) *Makt, kjønn og arbeidsliv: teoretisk landskap*. I: *Den usynlige hånd?: kjønnspekt og moderne arbeidsliv*. Ellingsæter, Anne Lise og Solheim, Jorunn (red) s.13 -76.

Engelsrud, Gunn (2006), *Hva er kropp?* Oslo: Universitetsforlaget.

Engelsrud, Gunn og Kristin Heggen (2007), *Trening på godt og vondt*. I: *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnoser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen. T. H (2006): *Normalitet*. Thomas Hylland Eriksen & Jan-Kåre Breivik (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

Fangen, Katrine (2004), *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.

Fredriksen, E. H. (2001) *Gravid med bekkenløsning – i lykkelige omstendigheter?* I: *Kvinnens ubestemte helseplager*. Malterud , K.. Pax. Oslo.

Fredriksen, Eva Haukland, Moland, M.M. og Sundby, Johanne (2008) ”*Listen to your body*”: *A qualitative text analysis of internet discussion related to pregnancy health and pelvic girdle pain in pregnancy*. In: *Patient Education and Counseling*. Vol 73, Issue 2. Pages 294-299.

Frønes, Ivar (2001) *Skam, skyld og ære i det moderne*. I: Wyller, T. (red). *Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. (s. 37-52). Bergen: Fagboklaget.

Giddens, Anthony (1996). *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet under senmoderniteten*. Oversatt av Søren Schultz Jørgensen, København: Hans Reitzels Forlag.

Heggen, Kristin & Fjell, T. I. (1998): *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag (s.66-90)*. Etnografi. I: Margarethe Lorensen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

Heggen, Kristin (2007), ”*Sykdom mellom prerefleksiv erfaring og diagnose*”. I: *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnoser*, Gunn Engelsrud & Kristin Heggen (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

Haavind, Hanne (2000) *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Gyldendal Norsk Forlag.

Järvinen, Margaretha (2005), ”*Interview i en interaktionistisk begrepsramme*”. I: Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter. Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (red.). København: Hans Reitzels Forlag.

Johannisson, Karin (1996), *Det mørke kontinentet: kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.

Johannisson, Karin (2007), ”*Sykdommens hjemløshet og diagnosens makt*”. I: Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnoser. Gunn Engelsrud & Kristin Heggen (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

Jørgensen, M.W. og Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag. Samfundslitteratur.

Kvale, Steinar (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kvande, Elin og Rasmussen, Bente (2007) *Arbeidslivets klemmer: paradokser i det nye arbeidslivet* / Elin Kvande og Bente Rasmussen (red.), Fagbokforlaget, Bergen: s.13-27.

Lian, Olaug S. (2006) *Den moderne Eos-myten. Om medikalisering som modernitetsfenomen*. Sosiologisk tidsskrift vol. 14, nr. 1, s. 63-87.

Malterud, Kirsti (2001) *Hvorfor er noen helseplager ”ubestemte”?* I: Kvinnens ubestemte helseplager. Malterud, K.(red) Pax. Oslo.

Malterud, K. (2006) ”*Kjønn og Helse*.” I: Lorentzen, J. Og Muhleisen, W. (red). Kjønnforskning – en grunnbok. Universitetsforlaget, Oslo: 198- 206.

Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København, Hans Reitzels Forlag.

Moi, T. (1998) *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Myklebø, S. (2007) *Sykefravær og svangerskap*. Arbeids og velferdsdirektoratet, Arbeid og velferd Nr.3 s.21-27.

Mæland, John Gunnar og Haugland, Siren(2007). *Det syke kjønn? I: Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv* / Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (red.). Gyldendal akademisk Oslo: s.70-87.

Nortvedt, Per & Grimen, Harald (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag* Oslo: Gyldendal akademisk.

NOU (1999) *Kvinnens helse i Norge*. Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.

Nylander, G.(2002) *På vei: unnfangelse, svangerskap, fødsel*. Oslo: Gyldendal fakta.

Pedersen, Anne Gro (2003) *100 år med redusert spedbarnsdødelighet*. Samfunnsspeilet nr. 3.

Ravn, Malin Noem (2004), *En kropp: to liv: svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen – en antropologisk analyse*. Avhandling dr. polit ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Doktoravhandling ved NTNU 2004:72.

Robinson, Hilde et al. (2007), *The reliability of selected motion – and pain provocation tests for the sacroiliac joint*. Manual Therapy nr.12, 72-79.

Rosenbeck, Bente (1992), *Kroppens politik. Om køn, kultur og videnskab*. København: Museum Tusculanums Forlag. Københavns Universitet.

Rugseth, Gro & Ellingsrud Gunn (2007) *Overvåking av vekt. I: Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnoser*, Gunn Engelsrud & Kristin Heggen (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

Råheim, Målfrid (2001) *Kvinnens kroppserfaringer og livssammenheng. En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter*. Doktoravhandling. Det psykologiske og det medisinske fakultet. Universitetet i Bergen.

Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (2007) *Kjønnsperspektivet kan gjøre folkehelsen bedre. I: Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv* / Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (red.). Gyldendal akademisk Oslo.

Schei, Berit og Sundby Johanne (2007). *Kjønn og helse – begreper og modeller. I: Kvinner lider - menn dør: folkehelse i et kjønnsperspektiv* / Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (red.). Gyldendal akademisk Oslo: s.33-49.

Skårderud, Finn (2001): *Tapte ansikter, introduksjon til en skampsykologi 1. Beskrivelser. I: Wyller, T. (red). Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. (s. 37-52). Bergen: Fagboklaget*

Strand, Kitty (2002). *Gravid i arbeid – integrering eller fravær?: kjønnsordningens dilemmaer. I: Den usynlige hånd?: kjønnsmakt og moderne arbeidsliv. Ellingsæter, Anne Lise og Solheim, Jorunn (red) s.217 – 232*

Solbrække, Kari Nyheim (2005), *Inderlig maskulinitet. Om etablering av kjønnsmakt i ny økonomi. Unipub-avhandling nr.7, Universitetet i Oslo.*

Solbrække, Kari Nyheim & Helene Aarseth (2006), *"Samfunnsvitenskapenes forståelser av kjønn". I: Kjønnsforskning. En grunnbok. Jørgen Lorentzen & Wencke Mühleisen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.*

Solvang, Per (2006), *"Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normalitet"* I: Normalitet. Thomas Hylland Eriksen & Jan-Kåre Breivik (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

SSB Helsestatistikk (1992-2000 1.8) *Mødredødeligheten ved svangerskap, fødsel og i barselseng. 1936-1999.*

Stormhøj, Christel (1999) *Kønnets regerende dronning -en introduktion til køn og krop i Judith Butlers forfatterskab. I: Kvinder,køn og forskning nr 2.*

Stuge, Britt. (2005). *Physical therapy for pregnancy-related pelvic girdle pain underlying principles and effect of treatment. 1 b. (flere pag.) Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.*

Svenaues, Fredrik (2007), *"Å bli syk: en studie i tilsykningens fenomenologi". I: Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnoser. Gunn Engelsrud & Kristin Heggen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.*

Søvik, O. (2001) *Sykdomsbegrep i historisk og dagsaktuell sammenheng. I: Tidsskrift Norske Lægeforening, nr.22, 2001:121 s.2626-2627.*

Thagaard, Tove(1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget, Bergen.*

Tveit, Bodil (2008). *Ny ungdom i gammelt yrke: en studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning* / Avhandling Ph.D. Senter for profesjonsstudier.Høgskolen i Oslo.

Van De, P. G., Van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., Heintz, A. P., & Van, D., V (2007). *Pregnancy-related pelvic girdle pain in the Netherlands*. Acta Obstet.Gynecol.Scand., 86, 416-422.

Vleeming, A., Albert, H. B., Ostgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). *European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*. Eur.Spine J.

Werner, A. (2005) *Kampen for (tro)verdighet. Kvinner med "ubestemte" helseplager i møtet med legen og dagliglivet*. Doktoravhandling. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Wu, W. H., Meijer, O. G., Uegaki, K., Mens, J. M., van Dieen, J. H., Wuisman, P. I. et al. (2004). *Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP)*, I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur.Spine J., 13, 575-589.

Widerberg, Karin (2001), *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wideberg, Karin og Lilleaas, Ulla - Britt (2001) *Trøtthetens tid*. Pax.

Wyller, Trygve (2001) *Skam, verdighet og grenser I*: Wyller, T. (red). Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforl.

Aakvaag, G. C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*, Oslo: Abstrakt forl.

Aarseth, Helene (2008) *"Hjemskapingens moderne magi"* Doktoravhandling, Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Universitet i Oslo

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

KOPI

Forsker.dr.polit Kari Nyheim Solbrække
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Pb. 1153 Blindern
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: rek-2@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 22.5.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07080a

S-07080a Å leve med bekkenløsning [2.2007.470]

Vi viser til brev mottatt 3.5.07 fra Hedda Eik Grape med revidert informasjonsskriv med samtykkeerklæring vedlagt.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har følgende merknader til revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring:
Ad merknad 2": Skal ordet "anonymisere" brukes, må det foreligge reell anonymisering, at det ikke er mulig å kople informasjon til enkeltperson, heller ikke ved kodenøkkel e. l.

Under forutsetning av at prosjektleder tar hensyn til merknaden ovenfor, tilrår komiteen at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
Leder

Jørgen Hardang
Sekretær

Kopi: ✓ Mastergradsstudent Hedda Eik Grape, Møllefaret 46a, 0750 Oslo

Vedlegg 2.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Nyheim Solbrække
Seksjon for helsefag
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

ARKIV/PVO

2 ①

Vår dato: 13.06.2007

Vår ref: 16847/SF

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.05.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16847	<i>Å leve med bekkenløsning</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kari Nyheim Solbrække
Student	Hedda Eik Grape

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

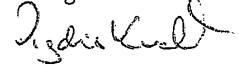
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endingsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sølve Fauskevåg

Kontaktperson: Sølve Fauskevåg tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hedda Eik Grape, Møllefare 46 A, 0750 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSEN

"Å LEVE MED BEKKENLØSNING"

Denne henvendelsen gjør jeg for å spørre om du er interessert i å delta i et prosjekt hvor jeg skal undersøke kvinners erfaringer med å leve med bekkenløsning. Fokuset er rettet mot dine erfaringer og opplevelser i hverdagslivet rundt det å få og det å ha bekkenløsning. Hensikten med prosjektet er å få bedre kunnskap og forståelse om hvordan det er å leve med bekkenløsning. Dine erfaringer vil være et viktig bidrag til kunnskapsutvikling om kvinner med bekkenløsning.

Jeg heter Hedda Eik Grape og er student ved Universitetet i Oslo, Medisinsk Fakultet, Seksjon for Helsefag. Prosjektet er en masteroppgave ved seksjonen.

Forutsetninger for å delta er at du har fått diagnosen bekkenløsning i forbindelse med svangerskap.

Intervjuet kan ta et par timer. Jeg vil bruke båndopptager under samtalen. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle opplysningene du kommer med vil bli behandlet konfidensielt. Ut fra forskningsetiske retningslinjer er jeg også forpliktet til å slette opptaksbåndet og anonymisere datamaterialet når oppgaven er avsluttet, senest ved utgangen av 2008.

Deltagelsen i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg, uten å oppgi grunn.

Min veileder i forbindelse med prosjektet er dr.polit Kari Nyheim Solbrække, Seksjon for Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Er du interessert i å delta i undersøkelsen eller har flere spørsmål, ber jeg deg ta kontakt så snart som mulig på tlf. **98 42 56 84** og vi kan eventuelt avtale tid og sted for intervju.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS, og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk.

Med hilsen

Hedda Eik Grape

Mastergradstudent

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

_____,
sted/dato

underskrift